



# 1ª Conferência Nacional de Saúde

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

TEMA – Reorganização do Sistema de Saúde:  
elementos para o debate da Reforma  
Sanitária Brasileira  
SUBTEMA B – Descentralização e Democratização  
do Sistema de Saúde

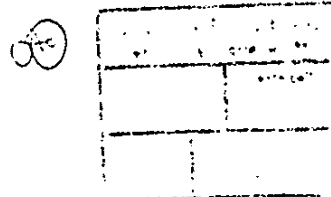
**CRISTINA DE ALBUQUERQUE POSSAS**

**8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

TEMA - Reorganização do Sistema de Saúde: Elementos  
para o debate da Reforma Sanitária Brasilei-  
ra

SUBTEMA B - Descentralização e Democratização  
do Sistema de Saúde

**CRISTINA DE ALBUQUERQUE POSSAS**



## I. INTRODUÇÃO

Como é amplamente conhecido, a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho de uma população, mais do que com os serviços médicos. Como já demonstrou exaustivamente a literatura especializada, as políticas médico-sanitárias têm uma influência mínima sobre os indicadores de morbidade e mortalidade, na medida em que não podem atuar sobre a verdadeira causa do problema - ou seja, no caso brasileiro, as precárias condições de vida e trabalho da maior parte da população.

Esta distinção já habitual entre saúde e medicina permite explicitar a dimensão política da questão sanitária, situando-a como conquista e resultado da organização dos diferentes grupos sociais, em particular da classe trabalhadora.

Chamar atenção para os reais determinantes da saúde não significa, contudo, minimizar a importância da atividade de assistência médica como área prioritária da ação governamental. Ao contrário, como decorrência das precárias condições de vida e trabalho a que tem estado exposta, a população brasileira é marcada pela doença, o que acaba transformando a assistência médica de atividade complementar à política de saúde em necessidade premente, gerando com isto uma demanda crescente para os serviços de saúde.

Por esta razão, a análise das possibilidades de reorganização do sistema de saúde no País aponta para a necessidade de reversão desta tendência à medicalização e para a importância da politização do conceito de prevenção, na medida em que se constitui como conceito estratégico e mesmo revolucionário para a transformação do quadro dramático de saúde da população brasileira.

Este trabalho aponta, nesse sentido, para os li

mites das alternativas, restritas ao âmbito da assistência médica previdenciária, que hoje vêm se colocando para a política de saúde no País: de um lado, o projeto privatista, sustentado por entidades com racionalidades distintas, como a FBH e a ABRAMGE e, de outro, as propostas racionalizadoras defendidas pela burocracia estatal diante da crise financeira do sistema previdenciário, expressas no plano do CONASP e na estratégia das Ações Integradas de Saúde.

Procuramos com isto mostrar que diante da situação atual de impasse e indefinição quanto aos rumos do sistema de saúde no País, as propostas recentes de fusão e integração de instituições com lógicas distintas em sua relação com o processo sócio-econômico no País, estão fadadas ao fracasso. Isto porque, ao assumirem uma pretensa racionalidade de planejamento, acabam ignorando o conjunto das forças sociais presentes no cenário.

Por esta razão, propostas como a transferência do INAMPS para o Ministério de Saúde, bem como a passagem das ações de proteção do meio-ambiente, saneamento e higiene e segurança do trabalho para aquele Ministério, acabam reduzindo o debate da política de saúde à mera justaposição de funções através da reorganização institucional.

Tentamos mostrar que, ao contrário, a formulação de uma política efetiva de saúde que atenda aos verdadeiros interesses do conjunto da população vai muito além desta unificação e justaposição de ações. Ela passa necessariamente pela descentralização e democratização do sistema de saúde, com o fortalecimento, a partir da Constituinte e da legislação ordinária subsequente, das estruturas regionais e locais, através de ampla Reforma Sanitária baseada na constituição de um Sistema Único de Saúde, cujas principais características discutiremos a seguir.

Na primeira seção realizamos breve análise do

processo de privatização e centralização estatal por que passou nas últimas décadas a política pública no País, mostrando os limites estruturais da subordinação da política de saúde a uma política previdenciária construída a partir da contribuição sobre a folha de salários.

Na segunda seção analisamos as transformações nos padrões epidemiológicos da população brasileira e seu impacto sobre um sistema de saúde marcado pela centralização, pela crise financeira e pela dicotomia entre as ações de saúde pública e de assistência médica.

Na terceira seção questionamos o projeto que propõe uma transição gradual das Ações Integradas de Saúde para o Sistema Unificado de Saúde, a partir da fusão de instituições, apontando para os limites desta proposta.

Finalmente, na quarta seção procuramos demonstrar que esta transição somente se viabilizará a partir de uma reforma sanitária que contemple, nos planos institucional e jurídico, a ampla gama de questões relacionadas com as condições de vida, de trabalho e do meio-ambiente, que determinam as condições de saúde da população brasileira.

As principais questões aqui apresentadas constituem, mais do que o resultado de uma reflexão individual, a síntese de trabalho coletivo de investigação e debate iniciado na Fundação Oswaldo Cruz, no Programa Global de Prevenção de Acidentes da Escola Nacional de Saúde Pública, em convênio com a Organização Mundial da Saúde e posteriormente aprofundado na atual administração Sérgio Arouca, na Superintendência de Planejamento daquela Fundação, em ambos os momentos sob a direção de Marília Bernardes Marques, a quem devo, além de uma grande amizade, o estímulo e sugestões valiosas para a discussão das perspectivas de uma reforma sanitária brasileira.

Para este processo foi ainda decisiva a oportu-

nidade de estudar in loco, por sugestão de Giovanni Berlinguer, as importantes conquistas e dificuldades atuais da experiência italiana de reforma sanitária, propiciada por estágio de especialização na Clínica del Lavoro Luigi Devoto, de Milão, ponto de referência para o debate da reforma sanitária no Norte da Itália, com bolsa de estudo no governo italiano.

## II. PRIVATIZAÇÃO DO ESTADO: TENDÊNCIAS E LIMITES

A análise da configuração atual e das possibilidades de reorganização e descentralização do sistema de saúde no Brasil requer, antes de tudo, considerações preliminares quanto à especificidade das políticas sociais nas sociedades capitalistas periféricas e, em particular, no Estado brasileiro contemporâneo.

No caso brasileiro, as políticas sociais e, particularmente, a de saúde, têm se orientado, nos últimos vinte anos, por duas características básicas: de um lado, pela natureza essencialmente privada na destinação dos recursos públicos - o que Luciano Martins denominou apropriadamente de "privatização do Estado"<sup>[1]</sup>; e, de outro, pelo caráter notoriamente regressivo de seu financiamento, incidindo de forma injusta e perversa sobre a folha de salários, penalizando duplamente as classes trabalhadoras pelo repasse deste ônus pelas empresas ao preço final das mercadorias. Com isto, acaba tributando com maior rigor as empresas intensivas em trabalho, que em geral são aquelas que apresentam menor produtividade e lucratividade.

---

(1) MARTINS, L. - "'Estatização' da Economia ou 'Privatização do Estado?'," in Ensaio de Opinião, vol. 9, Rio de Janeiro, 1978.

A política pública no Brasil caracterizou-se pela privatização. Construída à imagem do autoritarismo e do instinto predatório - ou "selvagem", como querem alguns - que marcou nas últimas décadas o processo de acumulação em nosso País, rompeu de forma decisiva com a noção de direito do cidadão que permeia, nos países capitalistas mais desenvolvidos, as políticas públicas originárias da concepção de bem-estar social.

É bem verdade que o aprofundamento da crise econômica internacional acabou levando vários daqueles países, a partir de uma visão monetarista da política econômica, a reverem seus programas sociais e realizarem cortes consideráveis em seus investimentos públicos, como a Inglaterra e os Estados Unidos, entre outros.

A diferença está em que os cortes naqueles países se deram sobre programas sociais sólidos, construídos sobre uma massa predominantemente assalariada e razoavelmente consciente de seus direitos, organizada em partidos fortes. No caso brasileiro, a política monetarista vinha exercendo seus cortes à revelia dos direitos mais elementares da maioria da população, da qual parcela considerável é constituída por analfabetos e semi-analfabetos, à margem ou em relação intermitente com o mercado de trabalho, afetados pela miséria, pela doença e pela desnutrição. Sua organização sindical se manteve nas últimas décadas atrelada ao Estado, por força de uma legislação de inspiração fascista, e sua vida partidária é marcada pela inexistência de partidos orgânicos articulados com a vida cotidiana e os interesses concretos dos diferentes setores da população, constituindo-se, ao contrário, basicamente como frentes de maior ou menor amplitude. Além disso, o corte dos investimentos públicos na área social vinha se dando, ao contrário do que ocorreu naqueles países, sobre uma participação até então irrisória do Estado - tanto da União, dos Estados como dos Municípios - nos programas existentes. A política de saúde, a política previdenciária e a política habitacional são exemplos ilustrativos.

No caso da política de saúde, teoricamente leva da a cabo por um Ministério da Saúde esvaziado de recursos, teve seu orçamento reduzido, na última década, a menos de 1% do orçamento da União. Quanto à política previdenciária, a participação estatal se restringiu a cerca de 3% da receita do sistema, quando em outros países ela chega a 80% da receita. Acrescenta-se a isto o fato de que a dívida acumulada durante décadas do Governo Federal para com a Previdência foi, juntamente com a dívida de milhares de empresas para com o sistema, um importante determinante do déficit até bem pouco tempo existente, como se verá mais adiante. Da mesma forma que a política previdenciária, a política habitacional brasileira se apoiou essencialmente sobre desconto compulsório sobre o salário - o FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), que se constituiu no principal sustentáculo do Sistema Financeiro de Habitação.

Tal forma de financiamento reflete uma concepção privada da política pública, construída sobre a noção de direito adquirido por contribuição sobre a renda - no caso o salário - e não sobre o conceito de bem-estar social, ou de direito inerente à condição de cidadão. Ao condicionar o acesso aos benefícios do sistema à contribuição sobre o salário, a Previdência Social brasileira excluiu de sua cobertura parcela considerável da população brasileira, incapaz de contribuir. Mesmo as tentativas recentes de universalização e humanização do atendimento esbarram na total incapacidade do sistema de responder minimamente à enorme demanda reprimida existente.

No período de euforia do "milagre", no início dos anos 70, esta orientação excludente e privatista dada à política pública permitiu conciliar interesses os mais diversos: responder minimamente às demandas e pressões sociais nas áreas urbanas mais industrializadas e, ao mesmo tempo, utilizar os recursos gerados na contribuição compulsória sobre o salário como importantes instrumentos de sustentação da atividade do setor privado: no caso do INPS (hoje INAMPS), através de repas



se - em muitos casos com critério duvidoso - da maior parte de seus recursos às empresas médicas e hospitalares, favorecendo as distorções e fraudes amplamente noticiadas; e, no caso do BNH, às empresas do setor imobiliário e de construção civil, estimulando construções destinadas às faixas de maior poder aquisitivo.

A conciliação destes interesses na privatização dos programas ditos sociais chegou com a crise recente a um impasse, colocando em xeque a própria base de sustentação da política pública no Brasil. Este impasse evidenciou o fracasso da política monetarista que vinha sendo implementada, cujas tentativas frustradas e tardias de resolução da crise econômica esboçada há pelo menos uma década acabaram gerando uma recessão sem precedentes na história do País.

As consequências desta política econômica recessivista sobre os assalariados, com diminuição progressiva do poder de compra dos salários, aumento de taxação dos contribuintes e aumento considerável do desemprego, aparece claramente nos dados da PNAD/82. Estes dados, divulgados pelo então Presidente do FIBGE, evidenciam os limites, em nosso País, de qualquer política social que se pretenda construir sobre salários, o que se explicita nos momentos de crise. Eles revelam que em apenas um ano, de 1981 a 1982, a recessão e a política de achatamento salarial fizeram aumentar de 28,6 para 37,1 milhões de pessoas o contingente que vive com até um salário mínimo; que - incluindo aposentados e pensionistas da Previdência - passou a representar 40% dos brasileiros acima de 10 anos. Desta forma, em apenas 1 ano, o desemprego e a rotatividade de mão-de-obra fizeram com que um contingente de 8,5 milhões de pessoas, equivalente à população de vários países, fosse conduzido à faixa de menor poder aquisitivo da sociedade.

Este rápido empobrecimento, observado também nas faixas salariais de maior poder aquisitivo, teve evidente impacto sobre o Sistema Previdenciário e o Sistema Financeiro

de Habitação, levando-os a atravessar sucessivas crises, amplamente divulgadas pela imprensa nos últimos anos. Tais crises acabaram levando ao impasse, suscitando, em vários setores da sociedade, indagações quanto à viabilidade de prosseguir a política pública brasileira nas bases em que vinha se mantendo.

A recente recuperação da economia brasileira especialmente observada em 1985, levou neste ano a um aumento real do salário médio no País da ordem de 12% e a um incremento de cerca de 6% no nível de emprego, proporcionando um aumento decisivo no volume de contribuições previdenciárias, o que elevou de forma significativa a receita do sistema. Este incremento na receita, propiciado pela recuperação econômica e, de forma complementar, pelas medidas adotadas de apuração das irregularidades na relação com o sistema bancário e com as empresas e no combate às fraudes permitiu à Previdência passar de um déficit orçamentário inicialmente previsto de Cr\$ 7,8 trilhões para um superavit de Cr\$ 4,1 trilhões no final de 1985.

Esta recuperação trouxe novamente à baila a já desgastada polêmica quanto ao caráter estrutural ou conjuntural da crise previdenciária. Na verdade, ela é estrutural no que diz respeito aos já referidos limites - em um país como o Brasil, de elevada concentração de renda - de uma política pública assentada sobre salários e construída como instrumento de repasse, sem critério, a interesses privados, e é também conjuntural na medida em que a receita do sistema se torna, pela mesma razão, extremamente vulnerável às oscilações nos níveis salariais e de emprego, o que nos momentos de recessão acaba retirando do sistema seu principal pilar de sustentação.

Ao mesmo tempo, a situação superavitária recente vem colocando, mais do que nunca, a política governamental brasileira frente às exigências e pressões do conjunto da sociedade no sentido de corrigir as inúmeras restrições e sacrifícios impostos aos contribuintes nos últimos vinte anos: elevação das alíquotas de contribuição, restrição no reajuste de a-

posentadorias e pensões, excluindo-as das antecipações trimestrais; criação absurda de novas contribuições para aposentados e pensionistas, conduzindo a uma expressiva perda do seu poder aquisitivo; contenção dos gastos com assistência médica, com evidente reflexo sobre a política de saúde, pela crescente e distorcida subordinação desta à política previdenciária.

A Previdência Social brasileira encontra-se, pois, devido tanto à situação superavitária atual como à proximidade de perspectiva de sua revisão pela Constituinte e pela legislação ordinária subsequente, em uma conjuntura política favorável, e mesmo crucial, à definição de sua estrutura institucional, de sua gestão financeira, de suas instâncias de participação da sociedade - enfim, de sua concepção, o que certamente determinará seus novos rumos.

Diante deste quadro, somente a expressão política da vontade da população brasileira, através de suas diferentes formas de organização, poderá evitar que a recente retomada do crescimento da receita previdenciária venha permitir uma paralisação das conquistas até aqui alcançadas, tornando possível que se abram novos espaços para a subordinação ainda maior deste poderoso instrumento da política pública brasileira aos interesses privados que tanto o comprometeram.

Mais do que uma discriminação arbitrária da atividade empresarial privada de assistência médica ou concessão de benefícios no âmbito da Previdência Social brasileira, a advertência aqui colocada aponta para a necessidade de definição de novos padrões de relacionamento entre o setor público e o setor privado no interior do sistema, estabelecendo-se relações marcadas pela transparência, pela probidade e pela defesa do interesse público, garantindo-se o acesso pela população às informações referentes às suas condições de vida, trabalho e saúde.

Para tanto é essencial a criação de instâncias

efetivas de participação dos trabalhadores na gestão de seu patrimônio. Nos anos 70, na fase do superavit do sistema, foi a exclusão dos trabalhadores desta possibilidade de administração dos recursos previdenciários [2] que permitiu, pelas restrições à participação política naquele período, sua transferência ao setor privado, propiciando a utilização do que deveria se constituir na reserva técnica da Previdência - necessária à cobertura dos riscos em qualquer sistema securitário - em empreendimentos duvidosos e obras faraônicas.

No entanto, a retomada desta participação exigirá que a atuação dos sindicatos, dos partidos políticos e dos movimentos populares em geral seja marcada por uma nova postura que estimule a politização da política pública, libertando-a das amarras do assistencialismo, do clientelismo e do mero atendimento a reivindicações pontuais.

### III. OS NOVOS PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS E O IMPASSE NO SISTEMA DE SAÚDE.

O debate sobre as possibilidades de descentralização e municipalização do sistema de saúde re surge em um momento decisivo de vida política brasileira. Após um longo período de autoritarismo e marcada centralização dos poderes na esfera federal, favorecendo a privatização das políticas públicas nas diferentes áreas sociais, a sociedade brasileira vem buscando através das variadas instâncias formais e informais de participação, reverter este processo.

O esvaziamento econômico e político do poder local foi a tônica das duas últimas décadas. Esta situação le-

---

(2) Em 1964, todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões que constituíam o então sistema previdenciário brasileiro foram submetidos à intervenção, durante a qual os Conselhos Administrativos dos Institutos e os Conselhos Fiscais foram substituídos por Juntas Interventoras, nomeadas pelo governo revolucionário, instalando-se em cada um dos Institutos uma comissão de investigação sumária.

vou à total incapacidade da maioria dos Municípios e Estados para enfrentar os problemas básicos de saúde da população.

A drástica redução no período do total do gasto público em saúde de 13% em termos reais entre 1978 e 1984 foi acompanhada por notável concentração na participação do governo federal (62%), ficando os governos estaduais e municipais com respectivamente 27% e 11% em 1984. Para isto contribuíram sobretudo os recursos previdenciários (60%), distribuindo-se o restante em 20% originários de impostos indiretos e 20% de outros tributos [3].

Em flagrante contraste com este enfraquecimento político-institucional das Secretarias Estaduais e Municipais, as profundas transformações na economia e na sociedade brasileira aumentaram consideravelmente as pressões da população sobre os serviços locais de saúde, exigindo respostas concretas a curto prazo. Tais transformações, associadas ao processo de industrialização, urbanização e penetração capitalista no campo, tiveram consequências importantes sobre os padrões de morbidade e mortalidade da população brasileira. De um lado, desencadearam uma impressionante aceleração das migrações internas nas últimas décadas, liberando milhões de pequenos agricultores e trabalhadores rurais que, expulsos de suas terras, saíram em busca de melhores condições de vida nos grandes centros urbanos. Esta mobilidade populacional foi o elemento que desencadeou a propagação de várias doenças transmissíveis por todo o País. Antes tendentes a se concentrar em determinadas áreas circunscritas, disseminaram-se doenças como a esquistossomose,

---

(3) CORDEIRO, H. - "Financiamento do Setor Saúde: Proposta para a Transição Democrática", documento apresentado ao V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Câmara dos Deputados, 28-29 de novembro de 1984.

que se estendeu rapidamente da região Nordeste para as regiões Leste e Sul, e a doença de Chagas, que está se deslocando para a Região Norte. Esta propagação encontrou terreno fértil na promiscuidade das condições de sub-habitação, na precariedade do saneamento básico e na maior vulnerabilidade propiciada pela desnutrição.

Por outro lado, uma parcela significativa desta população liberada do campo passa a ser, ainda que muitas vezes de forma temporária e intermitente, absorvida como força de trabalho, seja no setor produtivo urbano, seja em grandes empreendimentos agro-pecuários. Submete-se assim a uma nova forma de iatrogênese: o desgaste no processo de trabalho capitalista, que irá gerar e sobrepor novos padrões de morbidade e mortalidade aos já existentes a saber, o aumento do peso das doenças degenerativas, cardiovasculares e mentais, acidentes e doenças do trabalho, no conjunto do perfil epidemiológico da população. E mais: passa a submeter-se ainda às rápidas transformações no processo de trabalho que vêm ocorrendo sobretudo nos setores de ponta da economia, através da incorporação de novas tecnologias em campos como a Microeletrônica, a Biotecnologia, a Química Fina, entre outros, cujo impacto sobre a saúde do trabalhador - muitas vezes desconhecido - vem sendo objeto de estudo em vários países. No caso brasileiro, este impacto acaba ganhando dimensão ainda maior, pela maior intensidade na exposição dos trabalhadores aos novos agentes de risco, em decorrência de um número maior de horas trabalhadas, pela institucionalização da prática da hora extra e pelas limitações já apontadas na atuação do movimento sindical e dos partidos políticos. Um bom exemplo são as patologias associadas à crescente utilização de vídeo-terminais, pela rápida informatização da sociedade brasileira, em particular no setor de serviços, como as doenças mentais, os problemas oftalmológicos e a tenossinovite.

Diferentemente dos países centrais, onde os padrões de morbidade e mortalidade se deslocaram ao longo do tem

po, desde as doenças infecciosas e parasitárias para as doenças crônico-degenerativas, o Brasil vive hoje uma situação peculiar no que diz respeito às condições de saúde de sua população, que não se resumem à mera transição de padrões característicos do subdesenvolvimento ao desenvolvimento.

Em contraste, configura-se no País situação de grande complexidade para o sistema de saúde, marcada pela sobreposição de padrões de morbidade e mortalidade distintos, fazendo com que muitas vezes um mesmo indivíduo apresente patologias variadas, características do desenvolvimento e do subdesenvolvimento, o que passa cada vez mais a exigir dos precários serviços locais de saúde uma maior diversificação e complexidade do atendimento oferecido, além do aumento de seu volume.

Contraditoriamente com esta exigência de serviços cada vez mais complexos e diversificados pelo lado da demanda, resultante da configuração do perfil epidemiológico que se estabeleceu, a oferta de serviços públicos de saúde tem sido marcada sobretudo pela progressiva simplificação dos procedimentos, estimulada pela tendência à racionalização e redução dos custos, como resultado da crise do sistema previdenciário.

Além das distorções propiciadas por esta simplificação, justificada pela busca de uma "tecnologia apropriada", supostamente adequada à "pobreza", contribuiu também para esta inadequação do sistema de saúde à realidade epidemiológica da população o verdadeiro fosso que se estabeleceu, nas duas últimas décadas, entre as ações de assistência médica, subordinadas em sua maior parte à Previdência Social e às ações ditas de Saúde Pública.

Esta dicotomia manteve a maior parte dos recursos públicos em saúde concentrados sobre a assistência médica previdenciária, marcada por seu caráter individual, curativo e essencialmente privado, voltada aos assalariados urbanos. Os

demais recursos, irrisórios e vinculados ao Ministério da Saúde, Estados e Municípios, destinavam-se ao restante da população - marginal ou sem relação estável com o mercado de trabalho - atendida nos precários postos de saúde estaduais e municipais, aos quais supostamente incumbia a chamada Saúde Pública. Sua atuação restringiu-se, em boa parte dos casos, a programas limitados de suplementação alimentar, intensificados nos períodos eleitorais com a distribuição irregular de leite e proteína em pó, além da realização de campanhas de imunização para controle e contenção de epidemias, devido à precariedade da imunização de rotina. Neste quadro a população ressentia-se ainda, hoje, do caráter excludente desses programas, marcados pelo assistencialismo e pela ausência de condições mínimas para o atendimento e para o encaminhamento a níveis mais complexos de atenção médica.

Esta diversidade na oferta de serviços - aos assalariados urbanos e ao restante da população - aponta para o fato de que a atual organização dos serviços de saúde no País foi se constituindo em função da importância relativa de setores distintos da população para o sistema econômico. Com efeito, isto se evidencia particularmente no tratamento diferenciado que os diversos segmentos da classe trabalhadora recebem no interior do complexo médico-previdenciário e mesmo fora dele, em função de sua qualificação, de sua disponibilidade no mercado de trabalho e, como corolário, de seu poder de pressão e capacidade de organização política.

Além da diferenciação qualitativa no atendimento aos assalariados urbanos nos serviços previdenciários próprios e contratados, que absorvem setores distintos da demanda, esta heterogeneidade é percebida quando se estuda a organização interna das empresas médicas prestadoras de serviços às indústrias por intermédio da Previdência Social, que submetem a clientela a tratamento diferenciado ao classificar os trabalhadores segundo critérios de hierarquia funcional.



A dicotomia e a diferenciação até aqui referidas mantiveram as Secretarias Municipais e Estaduais totalmente à margem dos graves problemas de saúde que afetam a população trabalhadora em todo o País, como se a saúde do trabalhador se limitasse à medicina do trabalho e escapasse à esfera da Saúde Pública. Esta situação restringiu a responsabilidade de proteção da saúde do trabalhador à precária fiscalização das Delegacias Regionais do Trabalho, o que limitou - pelo notório sub-registro dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais que ainda hoje se verifica - a possibilidade de efetivo controle epidemiológico do problema, com graves consequências, cuja real dimensão ainda está por ser corretamente avaliada.

Esta ausência de permeabilidade entre a atenção à saúde do trabalhador e a chamada Saúde Pública foi agravada pelo condicionamento ao pagamento de contas hospitalares dos registros diagnósticos efetuados pela assistência médica previdenciária. Tal restrição acabou inviabilizando a participação da Previdência Social na avaliação das condições de morbidade e mortalidade da população.

Este viés em privilegiar os procedimentos sintomáticos e curativos pela Previdência, como setor dinâmico da política de saúde brasileira, foi favorecido por sua política de compras aos setores público e privado, baseada no pagamento por produtividade. Tal política vem impedindo ainda hoje que o sistema previdenciário, como maior prestador de serviços, se constitua em efetivo fornecedor de informações epidemiológicas confiáveis sobre as reais condições de saúde da população.

Para este sub-registro das informações sobre a morbidade e a mortalidade da população em geral e, sobretudo, da população trabalhadora, exposta a agentes tóxicos diversos (estimados em mais de três mil na indústria moderna) e à falta de proteção das máquinas e equipamentos no ambiente de trabalho (privilegiando-se de forma distorcida os equipamentos de

proteção individual - EPIs - e relegando a um plano secundário as medidas de proteção coletiva, de maior custo para as empresas), contribuiu sobretudo a postura curativista e sintomática dos profissionais de saúde e, especialmente, dos profissionais médicos. Por deficiência de sua formação e pelas precárias condições de trabalho a que estão submetidos, estes tendem a ignorar a importância da questão epidemiológica e de uma política de prevenção em saúde, deixando de notificar até mesmo aquelas doenças definidas por lei como de notificação compulsória. A deficiência de sua formação graduada, manifesta-se, por exemplo, em relegar a um plano secundário as questões relacionadas à saúde ocupacional, identificando-as com a medicina do trabalho e com a medicina legal, levando-os a tratar as patologias de origem ocupacional como doenças comuns, sem qualquer relação com o trabalho, omitindo-as por isso das estatísticas oficiais.

Esta dissociação entre a prestação de serviços e a geração e difusão de informações resulta, além da insuficiência dos dados epidemiológicos necessários, na ausência de sistemas de avaliação e acompanhamento dos procedimentos públicos e privados em saúde, constituindo-se em obstáculo real à atividade de planejamento e à formulação de políticas.

Para esta subordinação da política de saúde à concepção assistencialista que domina a medicina previdenciária, contribuiu ainda a inexistência de uma política científica e tecnológica explícita para o setor, abrangendo as políticas de imunobiológicos, medicamentos e equipamentos, bem como as questões vinculadas à organização do processo de trabalho e às relações com o meio-ambiente. Esta desvinculação entre a política científica e tecnológica e a política de saúde tem frequentemente afastado certas questões estratégicas para a soberania nacional, como a produção e difusão de inovações, a propriedade industrial na compra e venda de tecnologias no âmbito nacional e internacional e o impacto social das novas tecnolo

gias, do debate sobre os rumos da política de saúde no País <sup>[4]</sup>

Tais distorções resultaram sobretudo da inexistência de canais efetivos de participação da sociedade na formulação de alternativas que propiciassem a democratização da saúde, o que favoreceu sua subordinação à lógica da acumulação.

Segundo esta última, o capitalismo brasileiro tem buscado, ao longo das últimas décadas, conciliar duas tendências em seu processo de expansão: de um lado, assegurar as condições que facilitam a continuidade do processo produtivo, devolvendo rapidamente o trabalhador à produção e reduzindo com isto o absenteísmo; e, de outro, favorecendo a transformação da atividade médica em mais um setor capitalista, submetendo a produção de serviços médicos à finalidade primordial de apropriação privada de lucros.

Contudo, por sua especificidade, o desenvolvimento capitalista brasileiro passa a estabelecer claros limites à expansão do modelo privatizante em saúde, ao fazê-lo esbarrar em dois obstáculos fundamentais: a elevada concentração da renda, que restringe entre 2% a 5% do total da população brasileira a faixa de mercado que teria condições de comprar diretamente serviços médicos, independentemente do repasse previdenciário, constituindo-se como mercado potencial para as empresas de seguro-saúde; e, como resultado desta concentração, o parasitismo e a fragilidade de boa parte das empresas médicas, cuja dependência com relação à Previdência Social as impede de sobreviver de forma autônoma no mercado.

Esta situação revela a inviabilidade das propostas que pretendem constituir na atual configuração sócio-econômica

---

(4) A Fundação Oswaldo Cruz na administração Sérgio Arouca, e especialmente sua Superintendência de Planejamento, tem sido um espaço privilegiado para o debate destas questões estratégicas para a formulação de alternativas em políticas de saúde no País.

mica do País, um modelo predominantemente privado em saúde, na medida em que sua expansão esbarraria fatalmente nos referidos limites - mais estreitos nos períodos de recessão e mais amplos nas fases de auge - do poder de compra de serviços médicos pelo sistema previdenciário.

Desde 1977, com o aprofundamento da crise do sistema, observa-se clara tendência à restrição da participação dos setores empresariais médicos no conjunto do sistema de prestação de serviços. Com efeito, dados do próprio Ministério da Previdência e Assistência Social mostram que, em termos relativos, observou-se expressiva queda na participação da rede privada no orçamento do INAMPS, de 68% em 1981 para 49% em 1985.

Na medida em que a despesa com benefícios ( aposentadorias, pensões, auxílios-doença, acidentes e doenças do trabalho) que responde efetivamente pela maior parte dos gastos da Previdência (cerca de 70%), se constitui como categoria compulsória de despesa, estabelecida pela lei que rege o sistema de seguros, as despesas com assistência médica passaram a se revelar por esta razão mais permeáveis a medidas administrativas de contenção de gastos, para a superação da crise.

Por esta razão, as restrições financeiras da Previdência passaram a tornar inviável - apesar das pressões políticas das entidades médicas privadas e dos interesses delas vinculados na cúpula previdenciária e favorecidos pela "dupla militância" - a manutenção do ritmo de transferência dos recursos previdenciários às empresas privadas médicas, tal como se vinha dando no período de crescimento econômico do início dos anos 70. Tais restrições, ao evidenciarem a já referida existência de limites estruturais à expansão da privatização, colocam cada vez mais em xeque a própria base sobre a qual vinha se constituindo o sistema de saúde no País.

Esta situação de impasse ainda permanece, em que pese o recente superavit da Previdência Social. A enorme demanda reprimida por benefícios, cujo poder de pressão sobre o sis

tema tende a aumentar com a maior possibilidade de participação dos assalariados na vida sindical e partidária, faz com que as restrições para o aumento de despesas com assistência médica tendam a se manter.

#### IV. AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO?

Diante deste quadro de impasse, muito tem sido dito sobre as Ações Integradas de Saúde - AIS - como estratégia para a constituição progressiva, de "baixo para cima", a través do fortalecimento das estruturas municipais e estaduais, do que se pretende como Sistema Unificado de Saúde no País.

Os limites desta proposta sob a hegemonia da Previdência Social se evidenciam quando se analisam os projetos alternativos, de extensão de cobertura, surgidos nos diferentes níveis institucionais de prestação de serviços públicos em saúde.

Tais projetos passaram a ganhar expressão política em âmbito nacional com o aprofundamento da crise de assistência médica previdenciária.

Na segunda metade da década de 70, com os primeiros sinais da crise, desenvolveram-se inúmeras experiências em todo o País (Londrina, Campinas [5], Montes Claros, Lages, Niterói e várias outras), cujos programas se propunham à busca de alternativas viáveis - ainda que localizadas - para a crise que então se esboçava.

Esta busca foi estimulada, de um lado, pelos novos espaços abertos nas administrações municipais pelo então MDB nas eleições de 1976; e, de outro, pela emergência,

---

(5) Para a descrição e avaliação da experiência de Campinas, ver o trabalho "Campinas - uma experiência em saúde", relatório final do Projeto de avaliação Permanente em Saúde, POSSAS, C.A. et alii, 1986, elaborado em convênio entre a PUC de Campinas e a FINEP, sob minha coordenação.

em determinadas áreas, de movimentos sociais urbanos cuja participação criou condições políticas favoráveis à continuidade - ainda que muitas vezes conturbada pela disputa de poder a nível local - de algumas daquelas experiências.

Tais condições permitiram às Secretarias Municipais comprometidas com as novas propostas superar, ainda que com grande esforço, os obstáculos colocados pelo esvaziamento financeiro e pela estrutura política repressiva então existente.

Naquele momento, ainda em 1976, foi criado o PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, abrangendo a área da SUDENE, que se constituiu na primeira experiência no País de extensão de cobertura a baixo custo, antecipando com isto a tendência à racionalização do sistema de saúde que se acentuaria desde então.

Esta busca de alternativas culminou em 1980 com o Projeto PREV-SAÚDE, que incorporou as idéias básicas do PIASS para o atendimento à população rural, definindo uma nova política de financiamento para o setor <sup>[6]</sup> O PREV-SAÚDE, que Gentile de Mello qualificou, muito apropriadamente, de "natimorto", passou por tumultuado processo de tramitação, uma vez que a proposta contida em sua versão preliminar mostrou-se inaceitável para os diferentes setores de atuação da iniciativa privada em saúde.

Estas resistências fizeram com que o projeto, que se caracterizou pela excelente qualidade de sua versão preliminar - apesar da restrita participação da sociedade em sua

---

(6) A análise que se segue neste item é a síntese das principais questões apresentadas no texto POSSAS, C.A. e MARQUES, M.B. - "Subsídios à análise política das propostas de integração entre as instituições públicas de saúde", Rev.Bras.de Ed.Méd., Rio de Janeiro, 8(2): 83-89, maio/ago., 1984.

formulação - ficasse irreconhecível, tantos foram os remendos e alterações impostos pelos diferentes grupos de interese da medicina privada, empenhados em limitar ao máximo a parcela destinada ao setor público no "bolo previdenciário".

Contudo, a despeito destas fortes resistências, o aprofundamento da crise acabou impondo à Previdência Social a necessidade da redefinição de sua política de compras ao setor privado, resultando no já referido Plano do CONASP. Este objetivava a descentralização do sistema de assistência médica, pela criação de uma "porta de entrada" única, integrando numa rede básica de serviços públicos de saúde a capacidade instalada já existente no INAMPS, nos Estados e nos Municípios, entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades estatais.

Este Plano, ainda em vigor, propõe como objetivo final as Ações Integradas de Saúde, que se constituiriam, a partir da integração interinstitucional dos serviços de saúde a nível local, através da regionalização e hierarquização do sistema, o que seria viabilizado mediante a criação de Comissões Interinstitucionais (a CIPLAN, as CIS's, as CRIS e as CLIS ou CIMS).

Esta estratégia, visando sobretudo a extensão da cobertura a baixo custo, com o objetivo de reduzir as filas intermináveis da Previdência, se concretizaria a partir do estabelecimento de parâmetros para despesas, garantindo o controle dos gastos efetuados pelo sistema em suas compras a terceiros.

Considerando-se as diretrizes básicas deste Plano, cabe ressaltar uma distinção fundamental entre esta proposta e a versão preliminar do PREV-SAÚDE. Enquanto esta última traçava os rumos para uma política nacional de saúde, o Plano do CONASP se limitou a retraduzir esta contribuição segun

do as necessidades da Previdência Social em sua política racionalizadora, subordinando as demais instituições de saúde a este processo de rebaixamento de custos do sistema.

A baixa capacidade resolutive dos serviços estaduais e municipais de saúde e os problemas relacionados às dificuldades de integração das instituições públicas a nível local, agravados pelas pressões dos interesses privados e a ausência de canais efetivos de participação da população na gestão do sistema, criaram obstáculos concretos que hoje põem em xeque a própria viabilidade das AIS como estratégia de transição.

A isto acrescenta-se clara limitação financeira. Mesmo com toda a expansão verificada em 1985, as AIS atingiram menos de 10% do orçamento destinado à assistência médica previdenciária naquele ano.

Se, de um lado, as Ações Integradas de Saúde vêm-se traduzindo, sobretudo nas regiões mais desenvolvidas do País, em perspectiva concreta de integração e articulação das instituições públicas em saúde, representando certamente um avanço com relação à situação anterior, de outro lado seria erro supor que se daria a partir delas uma transição gradual, construída de "baixo para cima", de um Sistema Único de Saúde que garantisse a efetiva descentralização e democratização das ações.

As conquistas propiciadas pelas AIS, conferindo maior racionalidade à atuação do setor público através de convênios entre a Previdência Social e as Secretarias Estaduais e Municipais, que se constituíram em espaço efetivo para a participação de setores comprometidos com a democratização da saúde no País, são ainda muito tímidas quando se consideram as já referidas exigências colocadas pelo quadro de morbidade e mortalidade da população.



Neste sentido, é importante considerar que as AIS mantiveram intacta a dicotomia entre a assistência médica individual e curativa e a saúde pública; e, o que é pior, reforçaram ainda mais este fosso, ao manterem o Ministério da Saúde e a saúde pública à margem do Programa, incentivando as ações curativas de alcance individual. E mais, reproduziram na rede pública as relações distorcidas de estímulo à produtividade estabelecidas com a rede privada.

Este estímulo se deu através do pagamento por produção, que acabou gerando distorções na política de recursos humanos adotada, favorecendo as categorias envolvidas diretamente na produção de serviços em detrimento das demais categorias. Outro aspecto relativo à inadequação da política de recursos humanos nas AIS é que a justaposição de instituições distintas acabou colocando em confronto, sem resolvê-las, a disparidade de política salarial existente entre elas, gerando com isto grande insatisfação.

Quando muito, pode-se afirmar que as Ações Integradas de Assistência Médica - e não de saúde - representam um passo importante para a integração das instituições do setor público a nível ambulatorial, ampliando, a partir de convênios estabelecidos, a participação dos Estados e dos Municípios. Contudo, ainda com relação à assistência médica, há muito por ser feito, sobretudo no que diz respeito aos mecanismos de referência e contra-referência com a rede hospitalar e os serviços complementares, o que passa necessariamente por uma redefinição do atual padrão de relacionamento do setor público com o setor privado, mediado pela Previdência Social.

Quanto à integração das ações de saúde é difícil imaginá-la nas condições institucionais e de financiamento atuais. Ela só poderá ser viabilizada através de ampla Reforma Sanitária, definida a partir do debate que se fará durante a Constituinte e sobretudo na legislação ordinária subsequente, o que permitirá a definição de Sistema Único - e

não simplesmente Unificado - de Saúde em âmbito nacional.

V. REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DAS AÇÕES INTEGRADAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Diante dos já referidos limites das Ações Integradas de Saúde como estratégia de articulação interinstitucional do setor público via repasse previdenciário, muitas têm sido as propostas de reorganização do sistema de saúde no País. Estas vão desde a fusão dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, passando pela incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde e chegando até mesmo às propostas de unificação do sistema.

Seria contudo infrutífera qualquer tentativa de reorganização do sistema de saúde brasileiro que, mantendo a estrutura centralizada atual dos programas existentes, se limitasse à mera justaposição e integração de instituições submetidas a lógicas distintas na articulação com o sistema produtivo e no plano político.

A incorporação do INAMPS por um Ministério de Saúde esvaziado de recursos e sem força política acabaria fazendo com que este se subordinasse àquele. Este processo, ao invés de romper com as distorções da tendência à racionalização da prestação de serviços, acabaria por reforçá-la, submetendo as ações de saúde pública aos determinantes e às distorções do padrão atual da organização da assistência médica previdenciária.

Ao contrário, esta transição somente poderá se concretizar a partir de ampla reforma de natureza jurídico-institucional que permita, de um lado, redefinir o padrão vigente de relacionamento entre o setor público e o privado em todas as esferas de abrangência da política de saúde e, de outro, superar a atual fragmentação do sistema de saúde brasileiro, ga-

rantindo real autonomia aos Estados e Municípios na alocação dos recursos e na gestão do sistema, com efetiva participação das entidades representativas dos trabalhadores e da população.

Esta abertura do leque de possibilidades de atuação pelo sistema de saúde responderia, de um lado, à já mencionada complexidade nos padrões de morbidade e mortalidade da população e permitiria, de outro, que cada cidadão brasileiro, independentemente de sua posição no mercado de trabalho, da categoria a que pertencesse ou do seu local de residência, tivesse como principal interlocutor, para seus problemas de saúde, o Sistema Único de Saúde.

A este Sistema se incorporariam, sob coordenação de cada Município ou de Municípios de menor porte associados, todas as instituições públicas e fontes financiadoras dos vários Ministérios, Estados e Municípios vinculados à prestação de serviços de saúde, assistência médica e saneamento, bem como as instituições privadas por ele (s) contratadas em caráter complementar, por regime de concessão, existentes em seu território. Esta estrutura seria apoiada em âmbito estadual e nacional por instituições de referência em formação de recursos humanos, pesquisa, desenvolvimento experimental, produção e controle de qualidade em saúde pública e higiene e segurança do trabalho.

Este processo seria favorecido pela revisão dos mecanismos existentes de compra no setor privado, abandonando-se com isto a forma atual de contrato entre o INAMPS e os prestadores de serviços. O mecanismo de concessão, que já vigora no País em setores essenciais, como telecomunicações e transportes, propiciaria ao Estado maior controle e a possibilidade de intervenção sobre a compra dos serviços privados em saúde.

Esta opção pelo contrato de concessão, acompa-

nhada da criação de instâncias da participação da população e dos trabalhadores ao nível local, permitirá romper com as atuais distorções no relacionamento com o setor privado, garantindo sua subordinação ao interesse público.

Dados do próprio INAMPS [7] mostram que, apesar da tendência declinante, em termos relativos, dos repasses públicos aos prestadores de serviços privados a que nos referimos anteriormente, pelos limites estruturais à expansão da privatização, a participação do setor privado no âmbito da assistência médica ainda se mantém bastante elevada. Resultaria em grande equívoco, portanto, qualquer proposta de reorganização do sistema de saúde no País que ignorasse o peso de setor privado na oferta dos serviços de saúde.

Com efeito, os prestadores privados de serviços absorveram em 1984 quase 70% dos gastos da autarquia, detendo cerca de 75% dos leitos hospitalares e respondendo por 50% das consultas médicas, 70% das consultas odontológicas, 60% dos serviços complementares e 90% das internações. Simultaneamente observa-se independentemente de repasse previdenciário, crescimento expressivo das empresas de seguro-saúde, ligadas ao capital financeiro para as faixas de mais alta renda, acima de 10 salários mínimos de renda mensal, cujo mercado potencial abrange cerca de 2% da população. O consumo privado em saúde, que já vinha se expandindo na última década por força da precariedade do atendimento público, quando aumentou em 341% entre 1978 e 1984 enquanto o aumento global de gastos familiares foi

---

(7) MPAS/INAMPS - "Assistência Médica na Previdência Social: O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA", Rio de Janeiro, 1984. Publicação oficial.

de 286% [8], tende a se ampliar com a recente recuperação da economia.

Não se trata, portanto, de retomar o já desgastado debate da estatização **versus** privatização do sistema de saúde, mas sim de garantir ao menor custo social novas formas de relacionamento entre os setores público e privado, marcadas pela transparência e submetidas a um planejamento democrático.

Esta transparência, rompendo, de um lado, com a cristalização de grupos de interesse privado no interior da administração pública e com as práticas clientelistas, de outro, permitiria a utilização plena da capacidade ociosa do setor público em saúde, estimada em 60%.

Da mesma forma, faz-se necessária ampla revisão das modalidades contratuais em que vinha se estabelecendo a articulação entre o setor público em saúde e os produtores privados de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos ao nível nacional e internacional. O poder de compra do setor público neste campo se expressa sobretudo no INAMPS, que é hoje o maior comprador direto e indireto destes produtos [9]. Da mesma forma, ao nível da saúde pública, os Laboratórios e Institutos de Pesquisa nos diferentes Estados e a Fundação Osvaldo Cruz, como complexo institucional de suporte científico e técnico do Ministério da Saúde, vêm-se, nas suas atividades de pesquisa, desenvolvimento experimental, produção e controle de qualidade, diante da necessidade de estabelecer critérios

---

(8) VIEIRA, Cesar - "Apontamentos para a análise do financiamento das políticas nacionais de saúde", Brasília, agosto de 1984, (mimeografado), citado por CORDEIRO, H. - op.cit.

(9) Em 1984, a partir de Protocolo Financeiro firmado entre o Brasil e a França, que previa a concessão de créditos para aquisição, na França, de equipamentos médico-hospitalares, a administração anterior do INAMPS assumiu compromissos contratuais no valor total de 435 milhões de francos franceses. A atual administração do INAMPS concluiu, a partir de estudos de reavaliação, pela inadequação quantitativa e qualitativa dos equipamentos a adquirir e pela inexistência de recursos orçamentários para a cobertura das despesas decorrentes dos compromissos assumidos.

nítidos na relação com as empresas privadas nacionais e internacionais [10]. Uma maior firmeza nesta política já vem permitindo, de um lado, preservar o espaço de atuação do setor público em setores estratégicos para a saúde da população, como a produção de vacinas e soros para uso humano e, de outro, garantir a soberania nacional nos contratos de compra e venda de tecnologia, protegendo as inovações geradas internamente.

Ainda no que diz respeito às novas formas de articulação entre o setor público e o setor privado aqui discutidas, coloca-se também - fora do âmbito das empresas vinculadas à saúde - outra questão crucial para o projeto de uma Reforma Sanitária: a possibilidade de interferência, pelo sistema de saúde, sobre as condições em que se realiza o processo de trabalho nos diferentes setores de produção e sobre as condições predatórias em que vem se dando a ocupação do meio-ambiente nas cidades e no campo. Estas questões colocam a sociedade brasileira e o setor público em saúde diante da necessidade de ampla revisão da legislação sanitária e dos instrumentos disponíveis para o seu exercício, através da definição dos riscos, dos níveis de exposição, dos mecanismos de proteção e das formas de controle pelas entidades representativas dos trabalhadores e da população. A precária fiscalização atualmente existente, mantida pelas estruturas verticalizadas dos órgãos governamentais, necessita ser substituída pela adoção de medidas eficazes de proteção da saúde ao nível local.

Também aqui a revisão das relações atualmente existentes entre os setores público e privado passa pela necessidade de legislação específica que garanta a adoção, pelas empresas, dos procedimentos necessários de proteção e segurança do local de trabalho e do meio-ambiente, sem o que dificilmente serão implementados, pelo aumento dos custos de produção

---

(10) Na Fundação Oswaldo Cruz esta questão tem sido objeto de permanente debate, como o que se realizou em Seminário recente organizado por sua Superintendência de Planejamento, sob o título "Qual Política Tecnológica para que Política de Saúde?", que contou com ampla participação, inclusive de empresários da área de Biotecnologia.

que muitas vezes implicam.

Contudo, todas essas medidas propostas seriam insuficientes sem a garantia de autonomia financeira para os Municípios brasileiros, que lhes permitisse coordenar efetivamente as atividades em sua área de abrangência. Estes, embora possuam, pela Constituição, todos os requisitos para sua autonomia, uma vez que lhes é reconhecida capacidade política, administrativa, legislativa e financeira, encontram-se na realidade em extrema dependência, pela drástica redução de suas competências pelo processo de centralização e fortalecimento do poder central [11].

Apesar da extrema dificuldade que esta situação coloca, o processo de descentralização proposto se realizaria sem grande ônus para os Municípios, na medida em que se integraria, sob coordenação municipal ou de municípios associados, todas as estruturas e os recursos dos serviços sanitários existentes em seu território. Com isto, todo o esforço municipal hoje direcionado para a criação de novos serviços, passaria a se concentrar nas atividades de coordenação e administração do Sistema e na captação e formação de recursos humanos necessários às novas atribuições.

Para tanto, todos os recursos federais, estaduais e municipais destinados às atividades de saúde, assistência médica e saneamento passariam a constituir Fundo Único. Este Fundo seria composto, de um lado, pelos recursos atualmente

---

(11) Para um maior detalhamento desta questão, ver DALLARI, S.G. - "Municipalização dos Serviços de Saúde", Editora Brasiliense, São Paulo, 1985. A autora chama ainda atenção para o fato de que, apesar de afirmada expressamente no texto da Constituição vigente (artigo 15), a autonomia dos Municípios é frequentemente negada nos próprios textos das Constituições estaduais, que às vezes dispõem, como na Constituição do Estado do Paraná (artigo 112) que será "O Estado que estabelecerá normas de funcionamento dos órgãos municipais".

existentes e dispersos e, de outro, pela captação de novas fontes de receita, estabelecendo-se percentuais fixos para a participação da União, dos Estados e dos Municípios no seu custeio. Isto se faria a partir da revisão dos mecanismos de tributação existentes, elevando-se a contribuição da União e das empresas no financiamento do Sistema, revertendo-se com isto o caráter regressivo da contribuição atual.

Contudo, embora se constitua para fins de captação, em Fundo Único, a característica básica do financiamento do Sistema deverá ser o fortalecimento das estruturas estaduais, regionais e locais, e partir do estabelecimento de critérios e parâmetros que permitam eliminar progressivamente as diferenças estruturais e de oferta de serviços entre as regiões.

Isto se faria a partir de uma uniformização dos múltiplos critérios de regionalização atualmente existentes nas várias instituições públicas de saúde, redefinindo-se o conceito de região homogênea. A adoção de um critério uniforme permitiria a elaboração de planos regionais que efetivamente respondessem à peculiaridade de cada região. Com isto seria possível estabelecer a diferenciação de competências do Governo Federal, dos Estados e dos Municípios, respeitando as disparidades existentes entre as várias regiões do País.

Desta forma seria possível viabilizar, a custos aceitáveis, uma Reforma Sanitária compatível com esta grande heterogeneidade. Ela se constituiria através da consolidação, a partir da articulação de instituições já existentes, de unidades operativas aos níveis local e regional que passariam a integrar - sob o comando de Municípios isolados, de grande ou médio porte, ou através da associação de Municípios de pequeno porte - as várias instituições e atividades atualmente dispersas e fragmentadas de prevenção, cura e reabilitação. Tais unidades não se constituiriam como estruturas físicas independentes mas, simplesmente, a partir da integração de estruturas já existentes, segundo a nova concepção de sistema de saúde refe-



rida.

Esta unidade não se limitaria, portanto, a uma única planta física, mas abrangeria o conjunto dos recursos humanos e instituições (ambulatorios e hospitais, públicos ou contratados por concessão, centros de formação etc.) existentes em uma localidade. Sua atuação, delimitada por Lei, passaria agora a ser coordenada no sentido de garantir a proteção à saúde dos cidadãos. Através da descentralização efetuada, a gestão administrativa e técnica destas unidades passaria a ser atribuição dos Municípios isolados ou associados.

O fortalecimento do poder municipal, conferindo-lhe autonomia decisória na gestão do Sistema, permitiria superar a atual superposição de instâncias de decisão entre os níveis federal, estadual e municipal. Este processo seria favorecido pela participação das entidades representativas da população no seu planejamento, na definição dos critérios de alocação dos recursos e de sua avaliação.

Este complexo orgânico de serviços sócio-sanitários se realizaria em vários níveis, abrangendo desde as funções de coordenação, programação e administração, onde se localizariam os órgãos de gestão democrática do Sistema, até as atividades diversificadas de proteção à saúde e prestação de serviços (proteção do meio-ambiente, higiene e segurança no trabalho, proteção ao consumidor, assistência odontológica, saúde mental, serviços veterinários, cuidados básicos de saúde etc.). Para responder a estas novas atribuições se formularia política abrangente de recursos humanos que, integrando as diversas instituições, eliminasse as disparidades atualmente existentes entre elas, estabelecendo padrões de remuneração adequados e condições de trabalho condignas.

Como atividades de apoio essenciais às funções propostas, integrariam também o sistema ao nível local ou regional unidades de referência para a formação de Recursos Huma-

nos necessários, atividades de Programação, Avaliação e Pesquisa e um Centro de Informação em Saúde, sendo que este englobaria, além dos indicadores tradicionais de morbidade e mortalidade, informações relacionadas às condições de trabalho e proteção do meio-ambiente no território e seu impacto sobre a saúde.

A grande inovação aqui consistiria na incorporação das ações de saúde pública e de atenção ao trabalhador ao Sistema de Saúde, abrindo-se as portas das empresas para o acompanhamento da saúde dos seus trabalhadores pelos serviços locais de saúde.

As mudanças propostas no plano institucional e jurídico deverão, extrapolando o campo estrito do que se costuma conceber como "setor saúde", propiciar o estabelecimento de novas relações com outras instâncias de organização da vida social (habitação, trabalho, transporte, meio-ambiente etc.). Com isto se poderá ampliar, nos planos cultural e político os conceitos de saúde e cura, abrindo desta forma o espaço para a difusão das ações de prevenção. Esta recuperação da dimensão social do conceito de prevenção, superando sua restrição atual à concepção tradicional de saúde pública, vinculada ao controle de epidemias, constitui certamente um dos aspectos mais importantes e inovadores deste projeto de reorganização do sistema de saúde.

A partir desta nova concepção de proteção da saúde, seria possível passar da medicalização da sociedade à socialização - que não se identifica com estatização - da saúde.

Evidentemente, para sua viabilização, este projeto requer a confluência de condições políticas favoráveis, o que ao que tudo indica poderia se concretizar através de amplo debate nacional deflagrado a partir da Constituinte.

Cabe ressaltar finalmente que, diferentemente

do recente Projeto de Reforma Agrária, abandonado pelas pressões dos proprietários rurais diante da perspectiva de perda das imensas áreas não cultivadas em todo o País, uma Reforma Sanitária enfrentaria menores resistências - que não devem certamente ser subestimadas. Isto se deve ao fato de que, além de não colocar em questão relações de propriedade, esta Reforma simplesmente consolidaria, nos planos jurídico e institucional, a tendência que hoje já se verifica de expansão das atribuições do setor público em saúde, pelos limites cada vez mais estreitos do poder de compra de serviços médicos pela Previdência Social.

Ainda quanto às condições políticas para a viabilização de uma Reforma Sanitária brasileira, cabe ressaltar que se é verdade, por um lado, que a inexistência de partidos orgânicos e estruturas sindicais fortes dificulta a mobilização que a deflagraria, colocando o Brasil em situação distinta dos demais países europeus, como a Itália, por outro lado - e também diferentemente daqueles países - a gravidade do quadro sanitário da maioria da população brasileira faz com que se torne cada vez mais uma exigência premente e inadiável.

Este trabalho constitui tentativa de síntese de uma produção diversificada nas áreas de Economia, Ciências Sociais e Saúde. Além das citações indicadas no texto, apresento a seguir relação sucinta, ainda que parcial, da bibliografia consultada com o objetivo de orientar os leitores.

#### BIBLIOGRAFIA

- I. PRIVATIZAÇÃO DO ESTADO: TENDÊNCIAS E LIMITES
1. ALBERTELLI, G. e FERRARI, G. (eds.) - Critica della Crisi, textos de GIANNI, B.B., CERRONI, U., PALAZZO, A., PASQUINO, G., SCHIERA, P., SEVERINO, E., VACCA, G. e ZOLLO, D., Luigi Reverdito Editore, Trento, Itália, 1983.
2. CARDOSO DE MELLO J.M. - O Capitalismo Tardio, Brasiliense, São Paulo, 1982.
3. HABERMAS, J. - A Crise de Legitimação do Capitalismo Tardio. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1980.
4. MALLOY, J. - The Politics of Social Security in Brazil, Univ. of Pittsburg Press, Pittsburg, 1978.
5. MARTINS, L. - Estado Capitalista e Burocracia no Brasil pós-64, Paz e Terra, 1985.
6. OFFE, Claus - Contradictions of the Welfare State, editado por John Keane, London, Hutchinson & Co., 1984.
7. POSSAS, C.A. - Saúde e Trabalho: a Crise da Previdência Social, Graal, Rio de Janeiro, 1981.
8. POULANTZAS, N. - O Estado, o Poder, o Socialismo, Graal, Rio de Janeiro, 1980.

9. REZENDE, F. - "A Imprevidência da Previdência", in Revista de Economia Política, vol. 4, nº 2, abril-junho, 1984.

10. TEIXEIRA, S.M.F. - Estado Capitalista e Política Social, Rio de Janeiro, 1984, (mimeografado).

II. OS NOVOS PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS E O IMPASSE NO SISTEMA DE SAÚDE

1. BERLINGUER, G. - "Lavoro e Salute: evoluzione nosologica della rivoluzione industriale alla rivoluzione tecnico-scientifica", apresentação introdutória do Congresso "Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo", Pavia, 12 de fevereiro de 1981, reproduzida em BERLINGUER, G., Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, De Donato, Riforma e Potere 40, Bari, Italia, 1982.

2. CARVALHEIRO, J.R. - Processo Migratório e Disseminação de Doenças, Textos de Apoio, Ciências Sociais 1, Abrasco, Rio de Janeiro, 1983.

3. MARTINE, G. - Evolução e Perspectivas da Migração Interna no Brasil", in Seminário de Transmissão e Controle de Doenças Tropicais no Processo de Migração Humana, OMS/TDR, SUCAM, 1981, (mimeografado).

4. PESSOA, S.B. - "Geografia Médica e Epidemiologia" in \_\_\_\_\_. Ensaio Médico Sociais, São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1978.

5. POSSAS, C.A. e TRAPÉ, A.Z. - "Saúde e Trabalho no Campo: da Questão Agrária à Política Previdenciária", in Cadernos do Internato Rural, vol. II, nº 1/2 Jan./jun., 1983.

6. SAWYER, D.R. - "Informações Sociais Básicas para Identificar os Riscos Potenciais para a Saúde no Curso das Migrações Humanas", in Seminário de Transmissão e Controle de Doenças Tropicais no Processo de Migração Humana, OMS/TDR/SUCAM.
7. STALLONES, R.A. - "O Ambiente, a Ecologia e a Epidemiologia", Conferência pronunciada na sede da OPS, em 30 de setembro de 1971, (mimeografado).

### III AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO?

1. ABRASCO/IERJ/NEPP-UNICAMP, Relatório Final do Seminário a Crise e a Transição Democrática: Saúde e Previdência Social. Novembro de 1984, (mimeografado).
2. ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE BRASÍLIA - O Movimento Médico Face à Conjuntura Política Nacional, Brasília, D.F., dezembro de 1984, (mimeografado).
3. CÂMARA DOS DEPUTADOS - Proposta Política para um Programa de Saúde, Relatório Final e Proposições aprovadas pelo V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, novembro de 1984, (mimeografado).
4. CEBES, Assistência à Saúde numa Sociedade Democrática .. Contribuição para o Debate, documento apresentado no V Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, Brasília, novembro de 1984, (mimeografado)
5. CORDONI Jr., L. - "Rumo a um Sistema Único de Saúde: Uma Análise Política das 'Ações Integradas de Saúde'", texto-base do pronunciamento efetuado na mesa-redonda Oportunidade de um Sistema Único de Saúde no Brasil, Belo Horizonte, MG, agosto de 1984 - CONASS, Sudeste, (mimeo..

- .grafado).
6. DIESAT, Os Trabalhadores - Previdência e Saúde, pronunciamento de Remi Todeschini no V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Câmara dos Deputados, Brasília, novembro de 1984, (mimeografado).
  7. FONSECA, A.S. - Plano do CONASP: Reflexões Após Dois Anos de Aplicação, documento apresentado pelo Presidente do INAMPS à Reunião do CONASS, Belo Horizonte, outubro de 1984, (mimeografado).
  8. FONSECA, A.S. - Plano do CONASP: Reorientação da Alocação de Recursos no Plano do CONASP: Tendências e Perspectivas da Rede Hospitalar Privada, documento apresentado pelo Presidente do INAMPS como contribuição ao Seminário sobre Gestão da Assistência Médico-Hospitalar Pública, promovido pelo INCa, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, dezembro de 1984, (mimeografado).
  9. MPAS/INAMPS/CEME-MS-MEC - Ações Integradas de Saúde: Contribuição para Programação e Avaliação Conjunta, 1984, (mimeografado).
  10. MPAS/MS/MEC/GOVERNOS ESTADUAIS/GOVERNOS MUNICIPAIS - Ações Integradas de Saúde, Brasília, 3 de maio de 1984, (mimeografado).
  11. PROGRAMA DE AÇÃO DO GOVERNO TANCREDO NEVES, Setor: SAÚDE, fevereiro de 1985, (mimeografado).
  12. RODRIGUES NETO, E. - Subsídios para Definição de uma Política de Atenção à Saúde para um Governo de Transição Democrática, Rio de Janeiro, outubro de 1984, (mimeografado).
  13. TEIXEIRA, S.M.F. - Reorientação da Assistência Médica

Previdenciária: Um Passo Adiante ou Dois Atrás?, EBAP/  
FGV, Rio de Janeiro, agosto de 1984.

IV. REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DAS AÇÕES INTEGRADAS AO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. ABRASCO, PELO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE, Contribuição da ABRASCO para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, novembro de 1985.
2. BERLINGUER, G. - Gli Anni Difficili Della Riforma Sanitaria, De Donato, Riforma e Potere 40, Bari, Italia, 1982.
3. CARTA DE ARAXÁ, Relatório Final do I Encontro de Municipalização da Saúde do Triângulo Mineiro e Alto Parnaíba, Araxá, 19 de dezembro de 1984, (mimeografado).
4. CARTA DE MONTES CLAROS, Muda Saúde, IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, Montes Claros, MG, 7 de fevereiro de 1985, (mimeografado).
5. DONNANGELO, M.C.F. - Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, Duas Cidades, 1976.