

Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde*

Decentralization, universal access, and equity in health reforms

Hésio Cordeiro ¹

Abstract *This article analyzes Brazilian policies applied to the field of health in the 1990s from two contradictory angles: the mandate of the 1988 Federal Constitution and the 1990 National Health Act (LOAS) on the one hand and the neoliberal wave that influenced public sector reforms throughout Latin America on the other. The paper discusses pathways and obstacles in the health sector during the implementation of a decentralization agenda based on the constitutional principles of universal access, equity, and citizens' participation. It concludes that the health reform provided for under the National Health Act is being achieved with ups and downs that express contradictions related to changes in the role of the Brazilian public sector beginning in the 1990s. The state lost its capacity to formulate and implement national development policies, focused on fiscal adjustment, and is permeated by pressure from globalization of capital.*

Key words *Implementation of the Unified Health System (SUS), Health policy, Public sector reform, Decentralization.*

Resumo *Este artigo contextualiza as políticas aplicadas ao campo da saúde na década de 1990 a partir de dois eixos contraditórios: o mandato da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOAS) de 1990; e a onda neoliberal que influenciou as reformas de Estado em toda a América Latina. O texto detalha os percursos e os percalços do setor saúde na implantação de uma agenda de descentralização fundamentada nos princípios constitucionais de universalização, equidade e participação cidadã. E conclui que a reforma da saúde, tal como prevista na LOAS, está se realizando com oscilações, avanços e recuos que traduzem ambigüidades, conflitos e contradições em relação às mudanças no papel do Estado brasileiro a partir da década de 1990. Ele perdeu sua capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento, centrou-se no ajuste fiscal e está permeado pelas pressões da globalização do capital.*

Palavras-chave *Implantação do SUS, Política de saúde, Reforma do estado, Descentralização*

¹ Reitor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1992-1995). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua São Francisco Xavier
524 /7º andar, bloco E,
Maracanã, 20550-013,
Rio de Janeiro RJ.
coordsaude@cesgranrio.gov.br

As mudanças que se vêm produzindo nos sistemas de saúde da América Latina têm sido objeto de estudos, pesquisas, ensaios que ora expressam tentativas de análises comparativas entre países, ora se detêm nos estudos de casos nacionais, regionais ou, mesmo, de experiências locais de descentralização e de busca de alternativas para a organização dos serviços de saúde (Sanchez & Zuleta 2000; Fleury, Belmartino & Baris 2000). Identificam-se, entre estas iniciativas, os trabalhos de análise de políticas públicas de saúde, contextualizadas nas experiências dos anos 90, atribuindo-se a dinâmica das reformas ao processo de globalização como a variável determinante, buscando-se peculiaridades de territórios nacionais, subnacionais (regionais) em que as reformas adquirem características ou tendências específicas.

Cabe qualificar, sem que este se torne o tema central destas reflexões, o conceito de globalização e seu poder limitado de explicação e de predição no âmbito das reformas em saúde. Atribui-se a generalização de processos de reforma da saúde na América Latina à falência ou ao “esgotamento” dos modelos de desenvolvimento que, durante cerca de 50 anos, fizeram parte das teorias, ideologias e políticas dos países da região em busca da superação das insuficiências de crescimento econômico e social, dado que esses países não cresciam a uma taxa mínima para satisfazer as demandas crescentes de bem-estar das suas populações (Vergara, 2000).

Era apontado como causa o crescimento de déficit fiscal dos países latino-americanos, especialmente depois dos anos de 1973 a 1976, que, com a crise do petróleo, tinha acentuado, de forma crescente, as demandas e as pressões para ajustes estruturais nesses países. A transição das sociedades latino-americanas de um modelo de desenvolvimento para outro globalizado tem envolvido a reestruturação dos processos de produção e políticas de ajuste necessárias às novas condições de competitividade internacional. O que se tem observado, como consequência, é o aumento do desemprego, quebras de empresas, aumento do endividamento interno e externo, agravamento da situação de pobreza que, de 1980 a 1990, passou de 35 a 41% das famílias. Isto correspondia, em termos absolutos, ao aumento de 136 milhões para 200 milhões de pessoas pobres, concentradas, principalmente, no meio urbano.

As estratégias da primeira metade da década de 1980 para enfrentar tais dificuldades se basearam em políticas de “focalização do gas-

to”, com subsídios diretos aos pobres, como suplementação alimentar, programas de atenção primária à saúde, inspiradas nos postulados das tecnologias simplificadas e outros itens pontuais das recomendações de Alma-Ata. Os gastos públicos deveriam ter como meta atingir a um determinado conjunto de efeitos demonstráveis por melhoria de indicadores sociais dos segmentos pobres das populações (mortalidade infantil, desnutrição, evasão escolar, qualidade da habitação, entre outros).

Tem sido assinalado que a crise fiscal dos anos 80 reduziu a alocação de recursos para os tradicionais programas de vigilância sanitária, comprometendo a efetividade de ações de controle de epidemias e de endemias, além de impossibilitar novos investimentos para a ampliação de cobertura decorrentes das pressões geradas pelo crescimento das cidades e empobrecimento das populações rurais e urbanas (Médici, 2000). Contudo, o autor menciona que não se deve atribuir à falta de recursos as dificuldades do setor saúde na América Latina e Caribe dado que a região gastava um valor médio de 6,2% do produto interno bruto, inferior apenas ao volume de recursos gastos pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE) que era de 7,8% do PIB. Reconhece o autor, contudo, que para os países mais pobres da região os recursos ainda eram insuficientes para expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

As dificuldades não residiriam na ausência de um setor privado prestador de serviços de saúde, pois esta participação representou pelo menos 50% dos gastos em saúde. Talvez se devesse atribuir à baixa resolubilidade e acesso a cuidados básicos, pois os gastos hospitalares correspondiam a cerca de 70% dos recursos. As reformas de saúde, estimuladas pelas agências internacionais, tomaram impulso a partir de modelos definidos como de “pluralismo estruturado”, como um ponto intermediário entre um setor estatal pouco eficiente e “inchado” e a atomização da rede privada (Lordoño & Frenk, 1996).

As reformas deveriam ser aceleradas no sentido de expandir a cobertura, visando à maior equidade, propiciar viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde, melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários. Contudo, o aspecto central foi o de estabelecer novas funções do Estado na formulação e implementação de políticas públicas de saúde. Daí resultou o debate ideológico e a ação con-

creta das agências internacionais de financiamento para tornar hegemônica a concepção de que, como decorrência de exigências técnicas da globalização, as instituições públicas vinculadas ao Estado deveriam exercer o papel de reguladoras e promotoras da equidade, estimulando o setor privado (lucrativo ou filantrópico) a ampliar suas funções de prestador de serviços de forma autônoma e competitiva. Isso, na realidade, apenas reforçava uma tendência que já se observava em diversos países da região, especialmente no Brasil, nas décadas anteriores (Cordeiro, 1991; Luz, 2001).

Na realidade, tratava-se de reformar valendo-se de instrumentos mais ou menos já conhecidos e testados, como a focalização na destinação de recursos aos usuários de renda mais baixa com técnicas mais apuradas para identificar e registrar os grupos e os indivíduos mais vulneráveis. Ao mesmo tempo, caberia integrar fontes de recursos públicos e privados, incluindo a ampliação da participação no gasto em saúde daqueles segmentos que poderiam pagar, além de estabelecer mecanismos de financiamento mais próximos do conceito de seguro social, com riscos e responsabilidades compartilhados entre os agentes seguradores, os beneficiários e os empregadores. Propunha-se, também, aumentar a “eficiência distributiva do gasto e a capacidade de controle de recursos no âmbito local, envolvendo, portanto, descentralização fiscal e financeira, além de maiores possibilidades de corrigir distorções distributivas a partir de redefinição de competências entre os níveis central e local de governo (Medici, 2000). Outro aspecto foi o reconhecimento da necessidade de mudar o modelo de organização e prestação de cuidados que deveria envolver:

a) a atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema e com referência e contra-referência para níveis hierarquizados de assistência; b) a ênfase na oferta de serviços para um modelo orientado pela demanda como um fator de redução de custos e de integralidade de ações de saúde.

De forma concomitante, não necessariamente combinada, intensificaram-se as lutas e os movimentos de democratização em diversos países da América Latina. O processo brasileiro empolgou a sociedade e mobilizou grupos sociais, partidos políticos e entidades civis. As iniciativas de reformas de saúde fizeram parte deste período, agregando-se às lutas da redemocratização do país, às lutas pela universalização do direito à saúde e às estratégias de mu-

nicipalização e de participação social no sistema de saúde.

Assim, no caso do Brasil, há concomitância não intencional, portanto não planejada, de medidas de ajustes fiscais, inclusive envolvendo a Previdência Social e a assistência médica, e uma mobilização crescente pela reforma sanitária. A influência, nos meios acadêmicos e sindicais da saúde, demarcada pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), pela Renovação Médica (REME) e logo pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), ajudou a acelerar as medidas concretas e os debates para a implantação do Sistema Único de Saúde. As propostas da Constituição de 1988 estiveram bem distantes das propostas internacionais e nacionais das políticas de ajuste. Propôs-se, com o SUS, a concepção da seguridade social, que articularia políticas e integraria recursos orçamentários (do orçamento da seguridade social, um dos orçamentos da União). As políticas de saúde (SUS), de previdência social e de assistência social se pautariam pelos princípios constitucionais que assinalavam a transição de um modelo incipiente e incompleto de seguridade para outro de maior escopo e abrangência. Propunha-se (Brasil, 1988):

- a universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços;
- irredutibilidade do valor dos benefícios;
- equidade da forma de participação no custeio;
- diversidade da base de financiamento;
- caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

As medidas de ajuste inviabilizariam o pleno desenvolvimento dos princípios da seguridade social, no caso brasileiro. No âmbito latino-americano, “as repercussões foram acentuando conseqüências de depressões econômicas em certas áreas geográficas, em setores produtivos que não desenvolveram a capacidade de competir internacionalmente; de um sistema educacional deficiente; de uma sensação de incerteza frente ao sistema de pensões administrado por empresas privadas e por uma falta de equidade nos serviços de saúde” (Vergara, 2000). O autor menciona que frente às conse-

quências imediatas do processo de globalização e das políticas de ajuste colocadas em prática, foi necessário “transitar para políticas sociais de segunda geração, decorrentes das interrogações de como reorganizar a sociedade em função desta nova estratégia de desenvolvimento econômico para atingir à equidade. Aqui, de novo, a globalização é causa e conseqüência, numa causalidade circular que tanto impõe políticas reformistas do Estado (e de saúde, em particular), como provoca conseqüências sociais que agravam a má distribuição da renda e da renda nacional, provocam o desemprego e comprometem a equidade”.

As “reformas do Estado”, assim denominadas e que encerram uma concepção instrumentalista dos aparelhos de governo, se tornariam inevitáveis, em função dos novos padrões de competitividade internacional, da eficiência produtiva, da dinâmica do mercado de capitais, das exigências da flexibilidade laboral e da privatização dos ativos estatais. Portanto, era necessário **mudar o Estado**, que não correspondia mais a uma garantia eficaz de suporte e promoção social. As instituições formuladoras e implementadoras de políticas sociais estavam defasadas, desajustadas historicamente em relação ao papel do Estado no mundo globalizado. Já não se tratava de colocar em prática utopias universalizantes nem políticas focalizadas em grupos sociais carentes. O projeto era estabelecer uma nova racionalidade na gerência pública capaz de conviver com as políticas macroeconômicas que implicam a redução do papel do Estado (de novo, visto como uma “coisa”, um instrumento), concentrando-o em funções regulatórias, retirando-o da prestação direta de serviços, separando funções de financiamento e de provimento de serviços.

Na realidade, na situação brasileira, a implantação do Sistema Único de Saúde registrou momentos diversos na intensidade e velocidade da reforma sanitária que podem ser sumariamente indicados (Levcovitz, 1997):

- 1) implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) com políticas de municipalização da saúde que atingem aproximadamente 664 municípios correspondendo a cerca de 70% da população do país (período 1982-1986);
- 2) expansão das AIS e implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), como estratégia-ponte para o SUS, envolvendo a totalidade das Secretarias Estaduais de Saúde e cerca de 2.500 municípios (1987-1990);

3) definição pela Constituição Federal do direito à saúde como direito de todos e aprovação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Início da implementação do Sistema Único de Saúde após aprovação da Lei Orgânica da Saúde (1990);

4) implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/91, com forte conteúdo desconcentrador para municípios, porém estabelecendo relações diretas entre o gestor federal – Ministério da Saúde – e as secretarias municipais de saúde. As transferências eram negociadas caso a caso, de acordo com a produção de serviços e mediante convênios para prestação de serviços (1991-1992); cria-se a unidade de cobertura ambulatorial (UCA) para pagamento deste tipo de atendimento; são envolvidos 1.074 municípios; persiste o pagamento direto do gestor federal a hospitais e ambulatórios privados;

5) implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/93 que definia critérios para habilitação dos municípios segundo condições de gestão (incipiente, parcial, semiplena) com pactuação de recursos segundo critérios definidos nas comissões intergestores (tripartite e bipartite) e início das transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde; são habilitados, por tais critérios, 3.127 municípios;

6) implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/96, redefinindo as condições de gestão: para os municípios – gestão da atenção básica e gestão plena do sistema municipal saúde; para os estados – gestão avançada e gestão plena do sistema estadual;

7) aprovação e início de implementação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS SUS 2001) que pretende estabelecer critérios e estratégias de regionalização nos estados, atribuindo maiores poderes às secretarias estaduais de saúde (Brasil, 2001).

O processo da reforma sanitária brasileira tem apresentado um ciclo contraditório, com os avanços e recuos relacionados às decisões macroeconômicas das políticas de ajuste do governo brasileiro envolvendo questões, tais como:

- a) modificações resultantes da não implementação da seguridade social tal como previsto na Constituição Federal de 1988;
- b) as contradições do federalismo brasileiro, explicitadas em distintos momentos da municipalização dos serviços de saúde;
- c) as medidas regulatórias relacionadas ao SUS no âmbito institucional da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e aos operadores de

seguros e planos de saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

d) as políticas de reformas administrativas e seu impacto na força de trabalho em saúde;

e) as políticas para estruturação de novos modelos de cuidados básicos de saúde.

Seguridade social ou seguro social?

O orçamento da seguridade social nunca foi efetivamente implantado e o que se observou foi a total separação dos três componentes que foram concebidos na Constituição Federal de 1988, como fazendo parte de um conjunto articulado de políticas. As leis de assistência, previdência social e da saúde foram tratadas e discutidas de forma independente no Congresso Nacional. O Ministério do Bem-Estar Social não foi além de uma ficção e a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde, proposta majoritária na VIII Conferência Nacional de Saúde, somente veio a ocorrer em maio de 1990. A Lei Orgânica da Saúde foi sancionada em 19 de setembro de 1990 (lei nº 8.080/90) com vetos do presidente Collor relativos aos prazos para a extinção do INAMPS, vinculação de percentuais orçamentários para o orçamento da seguridade social para transferências automáticas de recursos fundo a fundo para estados e municípios, além de dispositivos relacionados a mecanismos de participação e controle sociais. A pressão política dos atores da reforma sanitária proporcionou a aprovação da lei 8.141/90 que recompôs a presença de instâncias de participação e controle social do SUS, ainda que, em termos efetivos, a eficácia dos instrumentos de participação ainda seja precária, sendo recente a utilização da metodologia do orçamento participativo (Cunha, 2001).

Nos anos do governo Collor há medidas que pretendem aumentar a competitividade entre as operadoras de seguro, entre elas as de saúde, com menor regulação econômica, vindo a se traduzir no Plano Diretor do Seguro Privado, mantendo-se a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) com funções normativas, no âmbito do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Observa-se o retorno à concepção de previdência social como seguro, vinculado às relações de trabalho, baseado em princípios não redistributivos inspirados pelo "Consenso de Washington" (Bahia, 2000).

Houve fragmentação das fontes de financiamento com apropriação pelo Tesouro Na-

cional das novas contribuições sociais baseadas no faturamento e no lucro das empresas. As despesas de pessoal aposentado e pensionistas da União da rubrica Encargos Previdenciários da União (EPU) passam a ser cobertas com recursos das contribuições sociais da Previdência Social, quando anteriormente, eram provenientes da arrecadação fiscal. As despesas de saúde e de assistência social passaram a ter os gastos definidos pelo Ministério da Fazenda a partir das receitas fiscais, e os benefícios previdenciários com base nas contribuições sociais arrecadadas pelo MPAS/Instituto Nacional de Seguridade Social. O Orçamento da Seguridade Social (OSS) estava sendo sepultado.

Ao longo do governo de Fernando Henrique Cardoso acentua-se a ruptura entre a concepção de seguridade social e a natureza das despesas sociais de saúde, previdência e assistência social. Dentro do quadro de privatizações que é promovido, retoma-se a discussão da privatização dos acidentes de trabalho, dos incentivos à previdência complementar para segmentos de renda mais alta e a ampliação do seguro-saúde. Em 1997 inicia-se o debate sobre o projeto de lei para a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, também no quadro da "reforma do Estado" em que a baixa eficiência das instituições estatais deve dar lugar a "agências" com nova racionalidade, desvinculadas da administração direta, engessada e tradicional. O projeto é o da ampliação da cobertura pelas operadoras de seguro através de contratos individuais, de contratos coletivos entre empresas e as operadoras ou na forma de auto-gestão (planos de saúde).

A lei 9.665/98 criou a nova agência, com atribuições de regulação das operadoras, o que vêm sendo implantado de forma paralela ao Sistema Único de Saúde. O planejamento pactuado integrado (SUS) não leva em conta o mercado de usuários do seguro-saúde, nem a oferta de prestadores de serviços de saúde às operadoras de saúde suplementar. A dissociação normativa e de planejamento fortalece a possibilidade de se segmentar o consumo de serviços de saúde em múltiplos **mercados internos de saúde**, com competição regulada pela ANS e pela SAS, até agora, seguindo critérios e diretrizes independentes entre as duas instituições.

Portanto, desenham-se, nos cenários futuros, a fragmentação e a segmentação entre diversas "clientelas" de consumidores de serviços de saúde, cabendo ao Estado e aos gestores de

saúde funções regulatórias de ordenação de um “mercado imperfeito” de saúde. Tal como descreveu Werneck Viana (1998), trata-se de um processo de *americanização* da seguridade social no Brasil, onde prevalece a lógica do seguro social e que resulta em inviabilização dos princípios constitucionais de 1988: “ao contrário da seguridade social onde as necessidades da despesa definem as metas da receitas, bem oposto ao orçamento público, em que a capacidade da receita define os limites da despesa” (Lessa apud Levcovitz, 1997).

Descentralização: as estratégias da municipalização

No Brasil, o movimento mais geral de lutas pela redemocratização do país e contra o regime militar de 1964 mobilizou iniciativas para as reformas do sistema de saúde, a partir das críticas e denúncias dos resultados perversos da centralização autoritária e da concentração de poderes. O movimento municipalista da saúde gerou projetos de mudança em municípios como Niterói, Campinas e Londrina, disseminando-se ao longo da década de 1970, em prefeituras governadas por partidos de oposição ao regime autoritário. Ainda na fase de transição democrática, a crise fiscal e a brecha estrutural do complexo médico-previdenciário propiciaram, no início dos anos 80, após prolongada greve de profissionais de saúde, mudanças racionalizadoras da assistência médica. A descentralização se estende aos municípios das capitais dos estados e a poucas cidades de médio porte, como um projeto de coordenação entre as instituições federais, estaduais e municipais de saúde. O esforço racionalizador permitiu que se acumulassem capacidades de gerenciamento municipal de sistemas de saúde, embora o número de cidades envolvidas fosse, inicialmente, pequeno. A partir de 1985, no período da denominada Nova República, expandiram-se as ações integradas de saúde e, a partir de 1987, com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde transferiram-se atribuições, recursos financeiros, pessoal de saúde vinculado à estrutura do INAMPS e instalações (hospitais e ambulatórios) para a gestão das secretarias estaduais (hospitais de maior porte) e para secretarias municipais. Propiciou-se, ainda que de forma institucional conflitiva muitas vezes, um ambicioso projeto como “preparação” para o Sistema Único de Saúde. Estadualização e mu-

nicipalização, como atores de um novo pacto federativo, teriam papéis bem definidos para a gestão do SUS. Procurava-se atribuir às secretarias estaduais as ações de planejamento, controle e avaliação e prestação de serviços numa tentativa de regionalização e de busca da equidade. Aos municípios competia a gestão dos sistemas locais de saúde, incluindo o gerenciamento das unidades municipais e o controle e a avaliação das unidades privadas ou filantrópicas.

O projeto de descentralização no período Collor de Melo, a partir de 1990, representa uma estratégia de “municipalização tutelada”, com grande poder normativo e de alocação de recursos pelo Governo Federal, ainda no modelo convencional de transferências financeiras com critérios nem sempre transparentes de alocação de recursos e pagamento direto do MS/ INAMPS aos prestadores de serviços, quer fossem eles públicos ou privados. Segue-se um período, após a cassação do presidente Collor de Melo, de expansão e intensificação do projeto municipalista, com transferências fundo a fundo, entre o Governo Federal e os municípios (NOB 01/93). Alguns críticos desse período identificam, como consequência, uma redução do papel de planejamento e de coordenação dos subsistemas de alta complexidade que os estados deveriam ter no SUS, e a prestação direta de serviços em regiões onde os municípios fossem desprovidos de recursos e de capacidade gerencial para a gestão do sistema local de saúde.

Identificaram-se propostas de consórcios municipais, buscando evitar a pressão de gestores municipais para oferecer todos os níveis de atenção, com capacidade resolutive que pudessem criar pólos regionais de cuidados diagnósticos e terapêuticos especializados. É bastante questionável o sucesso nessas iniciativas.

A atomização da rede de serviços, em decorrência da expansão do número de municípios pequenos, com população de 10 mil a 20 mil habitantes, é sublinhada por Levcovitz (1997) como uma dificuldade política e organizacional de um sistema regionalizado e hierarquizado. A pactuação entre governos federal, estaduais e municipais já complexa no federalismo brasileiro, tornou-se ainda mais complicada para a implantação do SUS, dado que a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu cinco níveis organizativos para o SUS (instâncias federal, estadual, consórcios intermunicipais, municípios e distritos) dotados de autonomia política e financeira para a gestão dos subsistemas de saúde em seu nível.

A maior presença do projeto municipalista se evidencia no período 1992-1996 com a formulação das diretrizes decorrentes do Grupo Especial de Descentralização, do Ministério da Saúde, em fins de 1992. A Norma Operacional Básica SUS 01/93 expressa a hegemonia do movimento municipalista na saúde. Estabelece as transferências fundo a fundo entre as instâncias gestoras do SUS, conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde. De acordo com Levcovitz (1997) os critérios de repasses mantiveram a dicotomia de recursos transferidos para cuidados ambulatoriais e hospitalares, a partir de tetos previamente definidos. Executavam-se os municípios em gestão semiplena, o que não induziu o desenvolvimento de um modelo assistencial baseado na integralidade e progressividade dos cuidados ao paciente, uma vez que os recursos para as ações ambulatoriais foram rigidamente limitados. A alocação de recursos a serem transferidos, por se basearem em séries históricas de produção de serviços, reproduziu as distorções resultantes de critérios baseados na oferta de serviços, portanto, não contribuiu significativamente para a promoção da equidade.

As crises recorrentes do “desfinanciamento” da saúde marcaram o período 1994-1995, somente contornadas com a aprovação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) e com a aprovação da emenda constitucional que, atendeu, em parte, ao proposto durante as discussões da Constituição de 1988, vinculando, progressivamente, percentuais dos orçamentos municipais e estaduais e consignando um percentual de 5% do incremento do produto interno bruto, caso este aumentasse de um ano fiscal para outro, com vista à expansão da alocação para a saúde de recursos fiscais de estados e municípios de forma compulsória (Emenda Constitucional 29/2000).

Entretanto, como alerta Sulamis Dain (2001), a EC 29 será um duro golpe no que restou da seguridade, se a regulamentação confirmar a dissociação entre as contribuições sociais e a saúde. Pouco tem dito que, como está, não há qualquer especificação de fontes. Isso só trará impacto negativo no orçamento da saúde se a evolução do PIB for favorável. Na década de 1990, as contribuições sociais cresceram mais que o PIB. No quadro de incertezas que se apresenta para 2002 há risco de a situação de desfinanciamento voltar a comprometer os recursos do orçamento da saúde.

A partir da edição da Norma Operacional Básica SUS 01/96 modificaram-se os critérios

de alocação de recursos para a atenção básica de saúde como a transferência fundo a fundo e automática aos municípios habilitados. Há um valor *per capita* referente ao Piso de Atenção Básica de Saúde (PAB) com uma parte fixa e outra variável de acordo com a adesão dos municípios à implantação de equipes de saúde da família, como um projeto “estruturante” de um novo modelo assistencial do SUS. Mantem-se e, até certo ponto, complexifica-se o processo de repasse de recursos *carimbados* para atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, hospitalizações, incentivos a programas prioritários, além de persistirem critérios de repasses através de convênios para programas verticais. Restitui-se o papel de gestor de planejamento às secretarias estaduais de saúde com a implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de negociação entre os gestores do SUS, definindo-se metas, responsabilidades, referências intermunicipais e definindo os tetos orçamentários.

Mais recentemente, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, o Ministério da Saúde propõe instrumentos de regionalização conduzidos pelas secretarias estaduais de saúde e ampliação da capacidade de gestão do SUS. Possivelmente, a NOAS poderá regular a competição entre municípios para a incorporação de tecnologias mais complexas e de maior custo, dando prioridade ao aumento de resolubilidade nos diversos níveis de cuidados de saúde.

Descentralização e contradições do federalismo brasileiro

A Constituição de 1988 pretendeu definir condições e princípios para um novo pacto federativo, que procurou conciliar entre a descentralização com critérios de partilha de recursos arrecadados pela União para estados e municípios, com ampliação da carga tributária da União associada, principalmente, às contribuições sociais que não são transferidas para as outras instâncias da Federação (Dain, 2000).

A destinação de novos recursos que deveriam compor o orçamento da Seguridade Social poderia cumprir uma importante função redistributiva e universalizada, possibilitando novas políticas de equidade. Aponta Dain (2000) que o debate na Constituinte concentrou-se em formulações de princípios para destinação de mais recursos para estados e muni-

cípios, pouco contemplando propostas para o fortalecimento do poder de arrecadação destas instâncias ou os impactos e resultados possíveis de perdas de recursos pela União. Daí resultarão medidas inspiradas na ideologia neoliberal, colocadas como necessidades técnicas de ajuste fiscal, diante da crise do financiamento do setor público e do endividamento cada vez maior dos estados. O Fundo Social de Emergência, posteriormente designado mais corretamente Fundo de Estabilização Fiscal, representou uma ação concentrada do poder do governo federal imposta pelas medidas de ajuste.

Os critérios de renegociação das dívidas estaduais com o governo federal também se inscrevem entre providências técnicas do ajuste fiscal, que reduziu a capacidade de ação dos governos estaduais nas políticas públicas, inclusive de saúde.

No âmbito municipal a intensa expansão do número de municípios, por influência de decisões políticas de cunho localista e favorecimento político, gerou pulverização dos recursos partilhados sem alterar o volume do total da arrecadação. Certamente, os recursos do SUS e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) viriam a se tornar imprescindíveis ainda que não ocorresse a ampliação das responsabilidades municipais em saúde e educação. Afirma Dain (2000) que “na perspectiva das relações intergovernamentais, a combinação entre o excesso de fragmentação na instância municipal, a paralisia induzida nos governos estaduais e o desvio de recursos da Seguridade Social deu lugar a um desenho institucional de baixa funcionalidade”.

As reformas e o impacto nos processos de trabalho em saúde

As reformas em saúde na América Latina e no Brasil têm acentuado, em função do contexto das políticas de ajuste em que se realizaram na década de 1990 (Pierantoni, 2000), um complexo processo de qualificação e desqualificação da força de trabalho em saúde. As reformas do Estado têm se centrado na redução do pessoal e na contenção do gasto público para a remuneração destes servidores. Embora a reforma sanitária brasileira tenha procurado dar importância à formação e ao emprego dos trabalhadores de saúde, nunca foram colocadas em prática políticas coerentes e continuadas de

pessoal de saúde. As medidas da reforma se concentraram na transferência de pessoal para a prestação de serviços nas unidades descentralizadas para estados e municípios, persistindo, contudo, vinculação ao regime federal de recursos humanos, o que vem determinando a cronificação de problemas funcionais e administrativos que geram conflitos e discriminações entre o pessoal de unidades municipais, estaduais e federais no âmbito da gestão descentralizada. São critérios distintos de benefícios, incentivos, de regras de movimentação e distribuição do pessoal, ampliando a dualidade de critérios no âmbito do próprio sistema único de saúde. Há aspectos ideológicos profissionais, relacionados à cultura institucional relativa às unidades transferidas que, frequentemente, geram decisões dos gestores municipais e estaduais que reproduzem as dicotomias ainda existentes. Por exemplo, os funcionários federais oriundos do INAMPS, agora vinculados ao Ministério da Saúde, depositários de uma tradição técnico-burocrática das instituições de atenção médico-hospitalar, ainda enfrentam conflitos com o pessoal de saúde pública, os sanitaristas municipais, estaduais ou mesmo os da Fundação Nacional de Saúde pertencente à estrutura do Ministério da Saúde.

A implantação do SUS resultou, contudo, na ampliação de pessoal de saúde vinculado às secretarias municipais de saúde, mantendo-se estável nas estaduais e reduzindo-se no nível federal. Ao mesmo tempo, induzido por políticas do Ministério da Saúde de expansão de cobertura e de implantação de um novo modelo de cuidados a partir do Programa de Saúde da Família (Viana & Dal Poz, 1998), associado às restrições impostas ao gasto público, proliferaram-se diversas formas de contratação “flexibilizada” de pessoal. O mesmo tem ocorrido para cobrir carências de determinadas especialidades médicas em serviços de emergência, em hospitais e ambulatórios. Expandiram-se as cooperativas médicas, os contratos temporários, com prazo determinado e a terceirização de serviços diagnósticos e terapêuticos em serviços públicos e privados.

Durante os anos recentes, o trabalho informal tem aumentado em quase todos os países da América Latina, chegando, em alguns, a atingir 85% do emprego global, inclusive entre o pessoal de saúde (Brito Quintana, 2000). Este autor menciona que para cada dez novos postos de trabalho criados nos últimos 17 anos, oito pertenciam ao setor informal da economia.

O setor de serviços concentrou 80% dos novos empregos, o que se atribui ao fato ser o setor menos exposto a competição internacional.

A denominada flexibilização tem gerado insatisfação e diminuição do compromisso público do servidor de saúde, baixa estima, fragmentação do trabalho e descontinuidade na prestação de ações de saúde. Ao mesmo tempo, não se colocou em prática ações consistentes de educação continuada, em serviço e/ou à distância que pudessem significar um estímulo aos servidores do setor, e muito menos, associou-se qualquer incentivo referente à capacitação a programas de carreira ou de cargos e salários.

Os planos de reforma passaram ao largo do contencioso corporativo da certificação e recertificação profissional. Os profissionais de nível superior da saúde, assim como das outras profissões, recebem diplomas de especialistas, segundo critérios legais, têm a validade assegurada pela legislação relativa ao exercício profissional. O processo de qualificação e desqualificação dos trabalhos em saúde é uma tendência crescente nas sociedades capitalistas, envolvendo de forma desigual todos os ramos da produção de bens materiais e de serviços (Braverman, 1980). A certificação e recertificação deveriam inscrever-se entre as estratégias de educação continuada e de aperfeiçoamento profissional das instituições públicas e privadas de saúde.

As reformas têm enfrentado com ambigüidade a coexistência de diversos modos de gestão de pessoal de saúde, entre os sistemas de saúde vigentes e os da pós-reforma (Brito Quintana, 2000), tendo como característicos dos primeiros, os desequilíbrios de disponibilidade, composição e distribuição da força de trabalho, insuficiência de gestão e de avaliação de desempenho, debilidade técnica, rigidez normativa, falta de motivação, absentismo e pouca participação. Para os projetos reformistas o autor menciona, como itens de uma nova tipologia, a tendência alarmante da flexibilidade na gestão do emprego, a coexistência de diversos regimes de trabalho entre as diversas categorias profissionais, a instabilidade das relações de trabalho a competição por recursos financeiros e de pessoal, entre outros.

Conclusões

Os processos de reforma em saúde que têm proposto a descentralização, especialmente a

reforma sanitária brasileira, têm oscilado entre avanços e recuos contraditórios que traduzem as ambigüidades e conflitos que têm marcado as mudanças das funções do Estado, no sentido de aumentar o papel regulatório, e as políticas de ajuste centradas na diminuição do gasto público. Os estados vêm perdendo a capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento (políticas industriais, de energia, de transportes, sociais etc.) que tenda à equidade social. As ações estatais cada vez mais se centram em políticas monetárias e cambiais com metas fixadas em negociações com agentes financeiros internacionais sob pressão de “necessidades técnicas impostas pela globalização”.

As políticas reformistas de saúde devem considerar as reformas no contexto do federalismo, naqueles países que historicamente adotaram esta modalidade de organização político-social do país, no sentido de estabelecer o adequado balanço de poder entre os governos centrais, estaduais e locais, redistribuindo competências na área da saúde levando em conta a diversidade do país, complexidade e os cenários de mudanças (Lucas, 2001). Deve considerar, portanto, a diversidade dos determinantes do nível de saúde em termos geográficos, econômicos, sociais, culturais e demográficos, além das necessidades e do estado presente da oferta, acessibilidade e qualidade desejáveis dos serviços de saúde.

Por complexidade, entende-se a intensificação das mudanças tecnológicas em saúde, induzindo crescentes pressões para sua incorporação em segmentos privilegiados da população, coexistindo com fatores que reproduzem agravos, que fazem persistir o quadro de desigualdades em saúde. Os cenários de mudanças devem considerar a emergência de condições epidêmicas como as mortes por violências (homicídios, principalmente), doenças crônico-degenerativas (neoplasias malignas e doenças cardiovasculares) e HIV/AIDS. Tais condições estão se agravando nas condições de vida deterioradas das populações pobres e social e etnicamente discriminadas, como resultado das políticas de ajuste, do desmantelamento do Estado-Nação e do predomínio dos mercados sobre a cidadania.

O processo de globalização traduz, na realidade, como afirma Fiori (2001), quatro idéias centrais da utopia do capital:

- 1) o progresso técnico e a força dos mercados (investidores e consumidores) teriam imposto uma derrota definitiva sobre o mundo perver-

so dos conflitos, interesses, ideologias e verdades políticas;

2) a técnica e os mercados teriam dissolvido as fronteiras dos estados, reduzindo-os a mera função de administração de umas poucas coisas;

3) as novas tecnologias teriam reduzido a importância do mundo do trabalho e o fragmentaram de tal forma a dissolver as classes sociais do capitalismo;

4) as transformações do mundo globalizado apontariam para o cenário de homogeneização crescente da riqueza das nações e de paz duradoura entre os estados.

Na América Latina, o enfraquecimento dos estados tem inviabilizado as políticas efetivas de busca da equidade e as taxas de investimento e de emprego reduziram-se, tendencialmente, na maioria dos países. A concentração da riqueza e da renda se acentua cada vez mais, ao mesmo tempo em que se difundem ideologias

de um “novo humanismo” citando exemplos de como seria possível superar a pobreza pelo voluntariado, as iniciativas da filantropia e a “compaixão” entre as pessoas.

As reformas devem apontar para alternativas de poder que assegurem a governabilidade dos estados e a reconstituição da capacidade de decisão autônoma, levando em conta as relações entre os países, porém não subordinadas a um núcleo hegemônico, acompanhando e incorporando as transformações tecnológicas, dentro de um contexto diversificado mundial, com respeito às condições sociais e culturais locais.

Assim, a descentralização despe-se de seu caráter mágico de panacéia sanitária ou administrativa, para reforçar seu sentido democrático e federativo, capaz de conduzir a resultados coerentes com a equidade.

Nota

* Este trabalho foi apresentado em conferência na abertura do seminário *Descentralización y Nuevas Formas de Gestión Social*, Asociación Latino Americana de Medicina Social – ALAMES, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, 3-4 de setembro de 2001.

Referências bibliográficas

- Bahia L 2000. *Mudanças e padrões das relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: FUNENSEG, 228 pp.
- Brasil 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal, Brasília, pp. 133-137.
- Brasil 2001. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde*. Brasília.
- Braverman H 1980. *Trabalho e capital monopolista*. Zahar, Rio de Janeiro, 379 pp.
- Brito QP 2000. El impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *PanAmer J. Publ. Health* 8(1/2): 43-52.
- Dain S 2000. *Do direito social à mercadoria*. Tese para concurso de professor titular, IMS/ UERJ, Rio de Janeiro, 190 pp.
- Dain S 2001. *Riscos na regulamentação da EC 29*. Comunicação pessoal por e-mail
- Fiori JL 2001. *Brasil no espaço*. Vozes, Petrópolis, pp.185-202.
- Levcovitz E 1997. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS – um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde 1974-1986*. Tese de doutorado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 286 pp.
- Lucas A 2001. *Reconciling decentralization and equity: health*. www.forumfed.org. Consulta em 2 de agosto.
- Luz M 2001. *Dois questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano*. IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 25 pp (xerox).
- Medici A 2000. Las reformas de salud em America Latina y Caribe, pp. 9-26. In Sanchez H & Zuleta G. *La hora de los usuarios*. Banco Interamericano del Desarrollo, Washington DC.
- Pierantoni CR 2000. *Reformas de saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da política nacional de saúde*. Tese de doutorado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 228 pp.
- Vergara C 2000. El contexto de las reformas del sector de la salud. *PanAmer J. Publ. Health* 8(1/2): 7-12.
- Viana AL & Dal Poz MR 1998. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 8(2): 11-48.
- Werneck Viana MLT 1998. A americanização (perversa) da Seguridade Social. In *Brasil estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Revan, UCAM, IUPERJ, Rio de Janeiro, 272 pp.