



A Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a Implantação do Sistema Unificado

■ **Maria Christina S. de Souza Campos**
Socióloga, professora de Metodologia da Pesquisa do Departamento de Fundamentos Sociais e Jurídicos da Administração da EAESP/FGV, doutora em Ciências Sociais pela Universidade de Duisburg, Alemanha.

■ **Maria Aparecida Redigolo**
Odontóloga, mestre em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde pelo Programa de Administração Hospitalar e Saúde da EAESP/FGV.

* **RESUMO:** A atual proposta de unificação e descentralização dos serviços de saúde no Brasil é resultado de um longo processo de evolução do Sistema Nacional de Saúde que se iniciou por volta do fim da década de 70. Percebe-se, na sucessão de planos e programas, como o PREV-SAÚDE, o CONASP e as AIS, um caminhar no sentido da integração dos serviços oferecidos nas três instâncias de poder, bem como sua extensão a toda a população, o que veio preparar a emergência do SUDS em nível nacional. São Paulo, que já havia iniciado o processo de descentralização administrativa, teve mais condições para efetivação da reforma na área de saúde. Esta, no entanto, conforme dados de pesquisa desenvolvida pelas autoras, viu seus objetivos desviados da proposta original devido a mudanças no governo estadual e à ação de grupos de pressão.

* **PALAVRAS-CHAVE:** política de saúde, sistemas de saúde, SUDS, estado de São Paulo, descentralização, reforma administrativa.

* **ABSTRACT:** The current proposal of unification and decentralization of the Health Services in Brazil is the result of a long process of evolution of the National Health Services. Reviewing plans and programs created during this process (as PREV-SAÚDE, CONASP, and AIS), the orientation of the offered services towards integration becomes clear, as well as their extension to the whole population. This process established the basis for the emergence of the SUDS, Unified and Decentralized Health System, nationwide. The state of São Paulo, which has already begun a process of administrative decentralization, had more conditions to accomplish this reform in the health field. Nevertheless, according to results obtained from previous research, the original proposal has been diverted. The causes of this diversion may be changes at the state government, but also the reaction of some influential groups.

* **KEY WORDS:** health politics, health national system, SUDS, state of São Paulo, decentralization, administrative reform.

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende analisar as propostas surgidas mais recentemente na área de saúde, a partir dos fins da década de 70 e durante a de 80, no Brasil e no estado de São Paulo, como uma forma concreta de institucionalização do novo sistema numa unidade da federação sobre a qual se dispõe de mais dados. Isso permitirá explicar a emergência do atual Sistema Unificado de Saúde, ao mesmo tempo em que chamar a atenção para o que se conseguiu atingir com cada política e/ou programa e se tentar interpretar, ainda que de forma superficial, através do levantamento de algumas hipóteses explicativas, a realidade constatada em São Paulo. Para isso, o presente artigo foi dividido em três partes, a saber: exposição das propostas em nível federal e estadual, apresentação das principais metas alcançadas e interpretação proposta, em caráter provisório, visando mais ao aprofundamento da discussão em torno das políticas públicas na área de saúde e de sua implementação do que à colocação de uma visão fechada sobre a análise da situação.

AS PROPOSTAS NA ÁREA DE SAÚDE

1. Propostas na área federal

Os antecedentes do SUDS

A década de 80 no Brasil ferveu com propostas na área de saúde. Um pouco antes, em 1976, havia surgido o primeiro programa de extensão de cobertura a nível federal, denominado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que em 1979 foi estendido para todo o território nacional (PEC — Programa de Extensão de Cobertura), e teve já um certo efeito, como se verá na segunda parte deste estudo. O III PND, embora bastante limitado e não tendo proposto nada de novo na área da saúde, colocou como metas a redução dos custos, ao lado da prioridade do setor social, a expansão das atividades de saúde e a descentralização, bem na linha de uma racionalização administrativa. Em 1980, ainda em sua vigência, realizou-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que já demonstrou uma influência da Conferência de Alma Ata, realizada em 78 na URSS, na medida em que, paralelamente a seu obje-

tivo principal — definir a orientação geral das ações de saúde do Ministério da Saúde (M.S.) —, mostrou preocupação com a participação social na avaliação das propostas do M.S. e seu aperfeiçoamento, assim como uma maneira mais ampla de encarar a saúde, integrada aos outros aspectos da vida social.

Com base no PIASS e respaldo político na 7ª CNS, surgiu em 1980 a primeira versão do PREV-SAÚDE, com o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o território nacional. Tratava-se, pela primeira vez, de um programa que propunha uma coordenação interinstitucional entre diversos ministérios e secretarias estaduais e municipais de saúde. Era uma espécie de grande PEC, com reordenamento do setor para diminuir os custos. Teve uma boa acolhida entre os profissionais de saúde, embora, de acordo com algumas análises preliminares da proposta¹, apresentasse limitações político-ideológicas e lhe faltasse uma postura estratégica, o que facilitou o surgimento de oposição feita por setores do próprio governo, articulados com empresários médicos, e levou ao engavetamento do projeto.

A criação do CONASP (1981) — Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária —, que tinha como atribuição estudar e propor soluções para o setor de despesas compressíveis da Previdência, teve como consequência, já no ano seguinte, a proposição de um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP), cujo objetivo principal era o de integrar as ações de saúde. Praticamente deu origem a vários projetos visando à eficiência do sistema através da previsibilidade orçamentária. Entre os trinta e quatro projetos apresentados, dois tiveram destaque, o Plano de Contas Hospitalares e o Plano de Racionalização Ambulatorial, que tinham por fim reduzir a demanda hospitalar por meio de uma rede ambulatorial. Assim se frutificaram as discussões sobre o sistema de saúde, atingindo todos os setores envolvidos, incluindo não só entidades ligadas à iniciativa privada, como o próprio aparelho estatal prestador de serviços (centros formadores de profissionais de saúde, centros de investigação de políticas sociais).

Logo a seguir, surgiu uma proposta de organização de serviços na área da saúde,

1. PAIM, Jairnilson Silva. "As Políticas de Saúde e a Conjuntura Atual". *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, CEBES, (15/16):8-15, fev. 1984.

as "Ações Integradas de Saúde" — AIS —, que constituíram, ao mesmo tempo, uma estratégia para a implantação dos serviços de saúde e um programa. Foi posta em prática nas três instâncias do poder público (federal, estadual e municipal), através de uma ação em várias direções. O programa AIS tinha como princípios orientadores a racionalização do uso dos recursos de saúde do país, a universalização do atendimento a toda a população e participação da comunidade, que passou a ser considerada, a partir de então, como elemento fundamental para assegurar a viabilidade da proposta.

Em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, essas propostas se cristalizaram e ganharam força política, com o crescimento do chamado Movimento Sanitário, que se organizou no interior do sistema de saúde com o intuito de conduzir o processo de mudança já em andamento e de influenciar as decisões da Assembleia Constituinte que se reuniria em 1987.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco importante na história recente do setor de saúde no Brasil, tanto pelo número de participantes que atraiu (4.000), como pela importância dos temas que discutiu e das propostas que apresentou. Sua significação maior deve-se também ao fato de ter ocorrido em um momento em que todos acreditavam não só que a mudança era possível, mas que se sucederia a curto prazo. A 8ª CNS foi preparada por pré-conferências estaduais e municipais. Entre os participantes, estavam representantes de quase todas as instituições que atuam no setor saúde, assim como as entidades da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos. Três pontos básicos constituíram o temário central das discussões: saúde como direito, reformulação do sistema de saúde e financiamento do setor.

Em relação ao primeiro ponto, **saúde como direito**, pela primeira vez, afirmou-se de forma bastante enfática que o Estado deve assegurar a toda a população condições dignas de vida e de acesso igualitário e universal às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis. A saúde é produto de um complexo de fatores e o resultado das formas de organização social da produção, e para que as desigualdades

existentes não impeçam a concretização do direito à saúde, salientou-se a necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais. Para assegurar a sua efetivação, propôs-se o controle, por parte da população, do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas e, em particular, dos serviços e ações de saúde. Entre as responsabilidades do Estado, foram salientadas a operação descentralizada dos serviços de saúde e a normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados. Entre os diversos posicionamentos de natureza política expostos no documento, deve-se ressaltar a ênfase dada à necessidade de mobilização popular visando a garantir que a Constituinte incluisse a saúde como uma prioridade básica.

.....

A rede de hospitais gerais já existentes e a que viesse a ser instalada deveriam caracterizar-se pela prestação de serviços aos clientes encaminhados pela rede de serviços básicos e oferecer assistência hospitalar geral com ênfase nas patologias de maior incidência e que não dependessem de alta tecnologia médica.

.....

O segundo ponto, **a reformulação do sistema nacional de saúde**, abrange vinte e sete itens do relatório, entre os quais se sobressai a proposta de um sistema único de saúde, com total separação entre saúde e previdência, por meio de uma ampla reforma sanitária. Essa proposição, um assunto muito polêmico na reunião, colocava, de um lado, a previdência social, que deveria se encarregar dos seguros sociais, e, de outro, um único órgão, em nível federal, que se encarregaria da saúde. A unicidade de comando deveria ser reproduzida nos níveis estadual e municipal. Como

princípios mais importantes para a orientação do novo sistema, estavam vários atinentes à organização dos serviços — descentralização, integralização das ações, unidade na condução das políticas setoriais, regionalização e hierarquização, participação, fortalecimento do papel do município, introdução de práticas alternativas —, outros referentes às condições de acesso e qualidade — universalização do atendimento, equidade, respeito à dignidade do usuário e direito à assistência psicológica, entre outros — e ainda outros relacionados à política de recursos humanos — isonomia salarial, remuneração condigna, capacitação e reciclagem, admissão por concurso, estabilidade, direito à greve e sindicalização, cumprimento de carga horária contratual etc. Foi colocada como meta a estatização do setor, a ser alcançada progressivamente. O setor privado deveria ser subordinado à ação estatal no setor e com direito de controle da população usuária.

Quanto às atribuições das diferentes esferas, seriam da alçada federal as seguintes: formulação e condução da política nacional de saúde, regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o setor privado, formulação de normas e acompanhamento da avaliação das ações de cobertura assistencial. A intervenção na prestação de serviços, em nível federal, só se daria em caso de as unidades federadas não poderem assumir programas emergenciais. Todos os serviços federais voltados à prestação de serviço deveriam ser transferidos aos estados e municípios, desde que estudos prévios garantissem a viabilidade política e a factibilidade técnico-financeira. As atribuições dos estados seriam, entre outras: gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação dessa política nacional de saúde na unidade federativa, elaboração do plano diretor de saúde da UF, prestação de serviços de saúde e outros de responsabilidade do sistema em coordenação com os sistemas municipais, responsabilidade por serviços de abrangência, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por programas e atividades que não pudessem ser assumidas pelos municípios. No caso destes, suas responsabilidades deveriam ser definidas em articulação com o nível estadual, de acordo com suas características e possibilidades.

Uma série de diretrizes referia-se ao novo relacionamento que deveria vigorar entre o setor público e o privado, sempre com controle efetivo daquele sobre a rede deste. Todos esses princípios visavam a diminuir a ação privada ao indispensável, o que deveria ser realizado por meio de novos tipos de contratos e com a revisão dos benefícios concedidos à medicina de grupo. Quando necessária a ampliação da rede de cobertura, os financiamentos deveriam ser dirigidos exclusivamente ao setor público. Propôs-se, também, a estatização da indústria farmacêutica, dos setores estratégicos na produção de imunobiológicos e na produção e comercialização de sangue e hemoderivados.

Ainda outras diretrizes importantes foram as referentes à necessidade de reformulação das AIS, para possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS²), e à constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, formado por representantes das três instâncias e dos ministérios da área social, assim como de entidades civis de caráter nacional, com a finalidade de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações. Também em níveis estadual e municipal deveriam ser criados Conselhos de Saúde com representantes eleitos pelos usuários, ou seja, a comunidade.

Para assegurar a efetiva concretização das propostas, foi sugerida a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária, a fim de continuar o estudo dos temas discutidos na 8ª Conferência, subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte e criar as bases para a reforma sanitária.

Quanto ao terceiro ponto, o **financiamento do setor**, foi sugerida a constituição de um "orçamento social", englobando recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios e fundos sociais. Uma parte desse orçamento seria destinada à saúde, constituindo o Fundo Único Federal de Saúde, a ser gerido com a participação conjunta de órgãos públicos e da sociedade organizada. Os recursos da Previdência seriam gradualmente retirados do financiamento das ações de saúde para poderem melhorar os seguros sociais e seriam substituídos por fontes alternativas. Propôs-se ainda que os recursos da previ-

2. CIS: Comissão Interinstitucional de Saúde, de nível estadual; CRIS: Comissão Interinstitucional Regional de Saúde; e CLIS ou CIMS: Comissão Local ou Municipal Interinstitucional de Saúde, todas com formação mista de representantes do sistema público de saúde, de autoridades públicas e pessoas da comunidade. A sua criação vem da proposta do Programa AIS, tendo sido reforçada a importância de seu papel na 8ª CNS como meio de viabilizar o controle da população, através de instituições da sociedade civil, sobre a prestação dos serviços de saúde. Concretamente, segundo fomos informadas, essas comissões pouco se reuniram no último governo, sendo raras as referências à sua existência e atuação efetiva. Mesmo a CIS, coordenada pelo Secretário da Saúde, era convocada raramente e, com muita frequência, somente para homologar decisões tomadas *ad referendum* desse colegiado.

3. MENDES, Eugênio Vilaça. *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*. Documento apresentado à 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, fev. 1986, p. 38. (mimeo)

dência não incidissem sobre a folha de salários e sim sobre os lucros do capital. Para se atingir o princípio da descentralização, foi enfatizada a necessidade de uma reforma tributária, que garantisse recursos aos municípios e estados para o desenvolvimento de programas e ao governo federal a capacidade de reduzir as desigualdades sociais.

Segundo um trabalho de Eugênio Vilaça Mendes, escrito para ser discutido na 8ª CNS, as AIS deveriam se constituir numa estratégia de reformulação setorial enquanto existissem diferentes organizações, conformando um sistema plural, com algum nível de descoordenação³, devendo, portanto, continuarem a existir em caráter provisório no processo de transição até a completa unificação do Sistema Nacional de Saúde.

A emergência do SUDS

Como decorrência das propostas da Conferência de 1986 e da criação do Grupo de Trabalho da Reforma Sanitária, foi encaminhado ao Presidente da República em 10/7/87 um documento propondo a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde — SUDS — nos estados da federação, para que se consolidassem e desenvolvessem quantitativamente as Ações Integradas de Saúde. Embora reconhecendo que a institucionalização de um Sistema Unificado de Saúde deveria ser da alçada do legislativo, já que dependia de novos postulados constitucionais, estavam sendo propostas as bases de uma política de curto prazo, de acordo com as diretrizes da reforma sanitária, para que se pudessem implementar “medidas factíveis e viáveis” que aprofundassem “as experiências de integração alcançadas nas AIS”.

Na definição das três áreas, o Ministério da Saúde foi designado como o órgão técnico-normativo das ações de saúde e da proposição da política nacional de saúde. O INAMPS deveria sofrer uma redução em sua estrutura, de maneira a adaptá-lo às funções específicas de planejamento, orçamentação e acompanhamento. O seu quadro de pessoal deveria também consequentemente ser reduzido drasticamente e as Superintendências Regionais, da mesma forma, aos poucos, à medida que se transferissem as unidades, recursos humanos e financeiros, atribuições de gestão direta e convênios e contratos, seriam rees-

truturadas para atender às mesmas funções do órgão central.

Ao nível municipal ficaria afeta a execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias. Cada instância passaria a ser responsável pela elaboração e coordenação do Plano de Saúde em seu nível. O INAMPS ficaria com a administração dos recursos da contribuição previdenciária a serem destinados à assistência à saúde, devendo acompanhar a execução físico-financeira dos planos de saúde.

Todo pessoal novo a ser admitido, excetuando-se aquele necessário ao desempenho das funções típicas da área federal, deveria passar a sê-lo pelos governos estaduais e municipais, que seriam os executores das ações de saúde. Como metas a serem atingidas progressivamente, foram colocadas a contratação por tempo integral e a dedicação exclusiva dos profissionais de saúde, a partir dos vínculos com os serviços públicos em uma única instituição e em um único local, e a isonomia salarial em um patamar determinado.

A base da organização espacial e funcional do novo sistema passaria a ser o distrito sanitário, “entendido como o módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e em algum grau de autonomia decisória”, onde deveria se desenvolver o conjunto de ações básicas de saúde coerentes com um determinado estado-população.⁴

Como a proposta federal permitia que se criassem caminhos próprios dentro da política de descentralização, cada unidade da federação imprimiu uma direção particular no processo de descentralização administrativa do setor saúde. Sendo impossível relatar todas as formas encontradas, vamos aqui abordar o caso do estado de São Paulo, sobre o qual dispomos de dados resultantes de estudos por nós desenvolvidos⁵ nessa unidade da federação, justamente pelo fato de aí se ter avançado mais rapidamente no processo de descentralização e integração do atendimento à saúde. A nova política federal veio de encontro a medidas anteriores tomadas no âmbito estadual no sentido de dar maior autonomia às regiões e aos municípios do estado na administração pública da saúde.

4. EXPOSIÇÃO de Motivos. In: *Coletânea*, 1989, p. 16.

5. Este estudo foi desenvolvido com o apoio da FINEP no Programa de Administração Hospitalar em Saúde — PROAHSA — da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, tendo como título “A Ação dos Grupos de Pressão nos Processos de Tomada de Decisão e Implementação de Políticas Públicas na Área de Saúde”. Foram visitados sete SUDS-R no estado de São Paulo, sendo pelo menos um de cada macro-região. Foram entrevistados todos os diretores de SUDS, além de 125 pessoas atuantes na prestação de serviços à população, entre as quais diretores de unidades, médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, atendentes, visitantes sanitários e escriturários. Essa amostra foi colhida em unidades das três instâncias de governo, situadas em diferentes municípios dos SUDS-R visitados. Embora a pesquisa não seja representativa do universo, pois é essencialmente qualitativa, procurou escolher SUDS-R comparáveis (dois situados em regiões mais ricas, dois em áreas menos desenvolvidas do estado, dois na Grande São Paulo e um escolhido por não estar muito distante da Capital e ter sido município piloto na implantação de reformas anteriores à atual). Foram doze os entrevistados nos escalões superiores da Secretaria.

2. As propostas de saúde em São Paulo e o SUDS

Diversas mudanças ocorreram paulatinamente em São Paulo até se chegar à atual descentralização da prestação dos serviços de saúde. Na década de 70, deve ser salientada a ampliação das redes municipais de saúde, de tal forma que já na seguinte, nas médias e grandes cidades do interior, a rede básica municipal era maior que a rede estadual, respondendo melhor às necessidades locais.⁶ Anteriormente a essa fase, o atendimento era feito principalmente nas unidades da previdência social e, só em caráter supletivo, nas estaduais ou, eventualmente, municipais.

De acordo com a opinião de P.L. Barros Silva, a saúde não era colocada como prioridade integrada no conjunto das políticas sociais do estado, o que teve como consequência o fato de que os recursos destinados a essa área não foram suficientes para o desenvolvimento dos recursos humanos, materiais e físicos necessários ao atendimento de saúde, nem foi possível coordenar a ação exercida pelo estado com a desenvolvida pelos municípios.

Em 1983, a partir de discussões havidas a nível estadual, produto da consciência dos profissionais da área, assim como das autoridades estaduais, de que seria necessário introduzir modificações, criou-se o Programa Metropolitano de Saúde. A proposta de reestruturação do setor, que visava a eliminar os pontos de estrangulamento evidenciados, foi denominada de Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo. A coincidência entre os objetivos e meios propostos pela Secretaria e os enunciados no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, do MS, evidenciava a consistência entre a reorganização planejada, que enfatizava a necessidade de hierarquização e regionalização dos serviços, e a política nacional de saúde em discussão. Ainda em 1983, verificou-se a assinatura do convênio AIS, com a transferência de recursos do INAMPS às redes estadual e municipais de São Paulo, sob a modalidade de faturamento pelas Secretarias de Saúde, com base na produção de serviços.⁷

O primeiro ponto de estrangulamento a ser eliminado era o das definições qualitativas e quantitativas da rede de serviços de saúde. Nesse sentido, previu-se a constru-

ção de novas unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas prioritárias e ainda carentes de assistência médica ou para substituir unidades já existentes, mas cujas condições deixassem a desejar. Com esse objetivo, firmaram-se convênios entre a Secretaria de Estado e as Municipais para ampliação da rede física e fixação de médicos nas pequenas localidades.⁸

A rede de unidades básicas de saúde deveria ser a rede de unidades sanitárias municipais e estaduais, distribuídas geograficamente pela área segundo a acessibilidade da população e deveria ser integrada por unidades de dois tipos: para 10 mil e para 20 mil habitantes.

Concomitantemente à ampliação da rede física, o novo modelo previa uma mudança na forma de atuação de todas as unidades disponíveis. Nesse sentido, os postos de saúde municipais passariam a exercer atividades idênticas às dos centros de saúde estaduais, entrosados com a política de saúde estadual. Com relação aos postos de atendimento do INAMPS, na maioria dos casos, teriam suas atividades deslocadas do atendimento de nível primário para os níveis secundário e de ambulatórios especializados.

Finalmente, é preciso mencionar que o novo modelo explicitou uma política de recursos humanos adequada aos objetivos propostos, inserida em um contexto compatível com as possibilidades de arrecadação e vinculação de recursos financeiros necessários ao seu custeio.

A elaboração da nova proposta de saúde do primeiro governo estadual eleito após o regime militar, em 1983, fazia parte de uma ampla política geral de descentralização em São Paulo, que foi concretizada através do Decreto nº 22.170, de 29/11/84, que estabeleceu uma nova divisão administrativa no estado de São Paulo, criando

6. AS NORMAS de Operacionalização do Ministério da Saúde para o SUS e sua implantação no Estado de São Paulo. s.l, s.ed., 1991, 3.

7. Idem, ibidem, idem.

8. Idem, ibidem.

as novas Regiões de Governo onde se instalaram os Escritórios Regionais de Governo (ERGs). A proposta de saúde foi desenvolvida segundo duas linhas de trabalho paralelas e interligadas. A primeira, a nível central, visando ao planejamento integrado com as demais instituições do setor saúde da região e com comissões a nível de autoridades dos escalões de assessoria e planejamento, de modo a permitir, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de instrumentos de articulação e a troca de informações entre a Secretaria Estadual de Saúde, o INAMPS e a Prefeitura da Capital. A segunda, a nível periférico, desenvolveu-se diretamente no campo, com as equipes locais de saúde, coordenadas pelas equipes distritais e com o apoio logístico e normativo dos órgãos centrais. Dessa forma, a Secretaria da Saúde pretendeu utilizar toda a experiência e informações disponíveis para garantir que o modelo proposto viesse realmente ao encontro das necessidades e das expectativas da população e do pessoal do setor.

Fazendo-se necessária uma nova estrutura dos serviços de saúde, a proposta elaborada pela Secretaria da Saúde baseou-se nos seguintes princípios: direito de todos os indivíduos à saúde, direito à assistência médico-odontológica integral de toda a população, vinculação de cada unidade de saúde a determinada população, garantia de facilidade de acesso aos serviços, participação comunitária nas agências de saúde, regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços das instituições, planejamento integrado interinstitucional, planejamento a partir do nível local (horizontalização programática). Esses princípios deveriam ser alcançados através da organização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, segundo um sistema hierarquizado e regionalizado composto por: rede de unidades básicas de saúde, rede de hospitais gerais, rede de unidades ambulatoriais e hospitais para atendimento médico especializado, rede de laboratórios de saúde pública.

A rede de unidades básicas de saúde deveria ser a rede de unidades sanitárias municipais e estaduais, distribuídas geograficamente pela área segundo a acessibilidade da população e deveria ser integrada por unidades de dois tipos: para 10 mil e para 20 mil habitantes. Tais unidades garantiriam a continuidade do atendimento

aos indivíduos e famílias de sua área de influência. Devendo atender a toda a população, sem distinção de vinculação previdenciária, essas unidades seriam semelhantes, diferenciando-se apenas pelo tamanho da população de sua área de influência. Suas atribuições seriam o desenvolvimento de atividades de assistência médico-odontológica, atendimento de enfermagem pré e pós-consulta, aplicação de tratamentos, trabalho de grupo, aplicação de provas e testes e saneamento alimentar, através dos programas de assistência à criança, à gestante e ao adulto e do programa de saneamento dos alimentos e dos subprogramas de saúde mental e de controle de tuberculose e hanseníase. Sendo a rede de unidades básicas a porta de entrada do sistema, deveria contar com recursos humanos e equipamentos de forma a ter um alto poder de resolução.

A rede de hospitais gerais já existentes e a que viesse a ser instalada deveriam caracterizar-se pela prestação de serviços aos clientes encaminhados pela rede de serviços básicos e oferecer assistência hospitalar geral com ênfase nas patologias de maior incidência e que não dependessem de alta tecnologia médica. Basicamente deveria oferecer internação para partos, pequenas e médias cirurgias e problemas clínicos de adultos e crianças. As novas unidades deveriam contar com cerca de 150 leitos e não dispor de ambulatório, já que o atendimento ambulatorial seria da alçada da rede de unidades sanitárias.

As unidades ambulatoriais para atendimento especializado deveriam estar estrategicamente situadas em função das grandes vias de acesso, tendo em vista a abrangência da área geográfica coberta pelas unidades básicas que lhes encaminhariam os pacientes. Os ambulatórios do INAMPS — os PAMs — seriam integrados para comporem ou completarem essa rede de ambulatórios de atendimento especializado.

Ênfase especial deveria ser dada ao sistema de referência e contra-referência nos vários níveis da rede proposta, bem como à rede já existente na área central e periférica, integrada também com os hospitais de ensino.

Não é possível aqui alongar o texto mostrando em detalhes todo o planejamento feito em termos do levantamento das necessidades e, portanto, das unidades a serem construídas, seu tipo, abran-

gência e distribuição espacial. É interessante mencionar, entretanto, que se definiram cinco áreas prioritárias, como estratégia de implementação, como já constava do decreto nº 21.862, de 1983. Na forma de investimento físico, o Programa previa construir e equipar 99 unidades básicas de saúde, reformar e reequipar outras vinte e oito, construir e equipar cinco hospitais e reformar e reequipar três outros.

Dentro do Programa, a unidade organizacional seria o módulo, que contemplaria, em sua estrutura, campo funcional e competência para dirigir as ações de saúde de uma área geográfica. O módulo de saúde compunha-se de um hospital e um número variável de unidades básicas de saúde (pronto-socorro, laboratório e ambulatório especializado), cobrindo uma área geográfica com população de 60.000 a 250.000 habitantes, contando com uma unidade de direção, de assistência técnica e administrativa e a direção do hospital e das unidades básicas de saúde.

Visando a concretizar na área de saúde a política de descentralização — meta prioritária do governo —, já iniciada com a criação dos Escritórios Regionais de Governo, uma resolução da Secretaria da Saúde, publicada no *DO do Estado* a 11 de março de 1986, criou 44 grupos de trabalho para preparar a proposta de organização e implantação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), segundo o projeto de descentralização administrativa do governo Montoro que implantara quarenta e oito regiões de governo. A mesma resolução deu as diretrizes para a reorganização da Secretaria no sentido de introduzir uma regionalização que levasse a descentralizar efetivamente a prestação dos serviços de saúde. A reorganização visava a permitir que as unidades prestadoras de serviços — centros de saúde, ambulatórios, laboratórios e hospitais — não ficassem mais subordinados a coordenadorias independentes, uma estrutura que impediria a gestão integrada desses recursos. Depois da introdução das AIS e com a política de municipalização, fazia-se necessário também extrapolar o âmbito da Secretaria, com a articulação de recursos interinstitucionais.

No sentido de poder reunir sob uma mesma direção as várias agências prestadoras de serviço, hierarquizando-as com vistas a uma maior eficácia em relação aos resultados, propôs-se uma reestruturação

da Secretaria Estadual de Saúde, tomando a reforma administrativa do estado como base física. Desse modo os Escritórios Regionais de Saúde — ERSAs — passaram a coincidir com os ERGs e a se tornar a instância de decisão administrativa de recursos a nível regional. Os Decretos nº 25.519, de 17/7/86, e nº 25.609, de 30/7/86, criaram 47 ERSAs no interior do estado de São Paulo e 15 na região Metropolitana da Capital, num total de 62 (atualmente 65).

Esses ERSAs substituíram os Departamentos Regionais e Distritos Sanitários, como unidade de gestão mais abrangente, administrando os equipamentos subordinados às antigas Coordenadorias de Saúde da Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos, a serem extintas. Além disso, esses escritórios, devendo articular os recursos de saúde interinstitucionais (Prefeituras e INAMPS) e definir os objetivos e metas de saúde a nível regional, passaram a ter, pois, entre suas atribuições, realizar e acompanhar o planejamento das ações de saúde, identificar e avaliar as necessidades de saúde da população, gerenciar os recursos de saúde do estado, executar o atendimento médico, vigilância epidemiológica e sanitária, assim como coordenar e/ou executar as atividades de treinamento e desenvolver um sistema de supervisão técnica dos recursos humanos alocados nos equipamentos de saúde da área.

Cada ERSA tornou-se unidade de despesa, alguns a nível de departamento, outros a nível de divisão, conforme as diferenças de complexidade de cada área. Não se estabeleceu inicialmente um formato organizado igual para todos os ERSAs para poder respeitar as peculiaridades de cada um, havendo só, estabelecidos no organograma, três níveis: o de execução, constituído pelas unidades de saúde e equipes de vigilância sanitária, o de planejamento e o de apoio técnico e administrativo. Para assegurar a articulação dos recursos de saúde interinstitucionais, foi estipulado que os diretores de ERSAs fizessem parte da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS). Também foram criadas coordenadorias de macro-regiões, para integrar os ERSAs de uma região, como instâncias orçamentárias, de planejamento e avaliação para os ERSAs a elas subordinados. No entanto, essas macro-regiões não constituíram um nível da estrutura, de modo que os

ERSAs se relacionavam diretamente com as unidades de prestação de serviços e o nível central.

A IMPLEMENTAÇÃO DAS PROPOSTAS

O estudo da evolução do sistema de saúde no Brasil revela uma crescente intervenção do Estado nessa área, assim como aconteceu em todos os setores no país. Segundo Paim, os trabalhos que têm sido realizados "dão conta dos determinantes estruturais que fazem da questão saúde objeto de preocupação do Estado na busca de legitimidade para o exercício da hegemonia, ao mesmo tempo em que atualizam o setor saúde para a acumulação do capital e para a atenuação das tensões sociais geradas pelo desenvolvimento capitalista".⁹ Embora a intervenção estatal tenha crescido constantemente, ela privilegiou, também, e de forma acentuada, a iniciativa privada em detrimento do atendimento público na área de saúde. Conforme mostra esse autor, esse processo não se deu sem crises, crises essas de natureza basicamente política, que se refletiram por último na qualidade dos serviços oferecidos, ou seja, na eficácia da assistência médica prestada à população.

.....

Embora tenham sido mencionadas várias formas de difusão da proposta — documentos escritos, boletins, telefonemas, imprensa, comunicados feitos em reunião —, percebeu-se que o conteúdo dessas mensagens só atingia todos os escalões se o meio de divulgação fosse direto e por via oral.

.....

Alguns resultados positivos podem, entretanto, ser identificados no fim da década de 70 e nos anos 80. Do PEC, já mencionado na primeira parte deste trabalho, resultou uma grande expansão da rede ambulatorial pública no país. Em relação ao CONASP, como efeito do Plano de Contas Hospitalares, que foi implantado rapidamente após sua proposição, houve

uma grande redução nas internações hospitalares. O outro Plano citado, de Racionalização Ambulatorial, no entanto, não alcançou o mesmo êxito. O Plano CONASP, como um todo, trouxe como consequência paralela, ao lado de uma melhoria na racionalização dos serviços, uma outra, que foi uma maior definição da posição ideológica dos grupos ligados à saúde, que, de maneira mais evidente, passaram a intensificar sua pressão no sentido da defesa de seus interesses e/ou posições. De acordo com Paim, a FBH (Federação Brasileira de Hospitais) criticou o Plano por nele ser dado à iniciativa particular um papel meramente complementar, quando ela era responsável por 80% dos atendimentos do INAMPS, a ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) dirigiu suas críticas mais ao posicionamento ideológico das análises e a AMB (Associação Médica Brasileira), chamando a atenção para as possíveis reações do complexo médico-industrial diante da redução de seus lucros, salientou a falta, no Plano, de uma efetiva participação dos usuários no projeto, de uma política definida de recursos humanos e que deveriam ser destinados recursos para as necessidades reais de atendimento à saúde. É preciso considerar, entretanto, que tudo isso aconteceu mais na região centro-sul, cujo nível de desenvolvimento fazia com que esses grupos tivessem presença mais significativa. Por seu lado, a ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, em oposição a esses grupos, manifestou-se salientando o fato de que o Plano CONASP não levava em conta questões essenciais ligadas ao próprio modelo de desenvolvimento brasileiro, não oferecendo mecanismos para viabilizar a participação da população.¹⁰

Paralelamente às propostas que iam surgindo nessa época, visando à introdução de mudanças no setor, continuavam as discussões sobre o sistema de saúde, tanto dentro do aparelho estatal prestador de serviços, como dentro do aparelho formador de profissionais de saúde, assim como dentro dos centros de pesquisa de políticas sociais, objetivando avançar nas propostas que conduzissem à melhoria do atendimento à saúde da população.

De acordo com o documento que criou o SUDS, em 1987, as AIS já haviam atingido nesse momento 2.500 municípios e 90%

9. PAIM, Jairnilson Silva. Op. cit., p. 9.

10. Idem, ibidem, p.13 e seguintes.

da população brasileira, mas deveriam ser reconceitualizadas, passando a significar um movimento de reorganização setorial para se chegar a uma organização descentralizada, integrada e democratizada, com gestão colegiada e unificada. Portanto, as AIS foram, ao mesmo tempo, o ponto de partida para a introdução do sistema unificado de saúde e sua base.

A força do movimento da Reforma Sanitária, que se evidenciou de forma tão clara na 8ª CNS e na apresentação do Decreto que criou o SUDS, conseguiu com que a nova Constituição do país, promulgada a 05/10/88, reconhecesse grande parte das propostas defendidas pelo Movimento Sanitário que, mesmo antes da promulgação da nova Carta, já estavam começando a ser implantadas, particularmente no estado de São Paulo. Embora um primeiro movimento da área da saúde propugnasse pela institucionalização de um Sistema Único de Saúde, nos moldes propostos pelos documentos da Reforma Sanitária, com oferta universalizada de serviços de saúde no país, o que efetivamente começou a ser institucionalizado com a introdução do SUDS foi resultado de articulações políticas que levaram a soluções transitórias ou intermediárias dentro do realizável no momento,¹¹ como passo para a criação posterior de um sistema único.

Considerando-se agora mais particularmente o caso de São Paulo e a evolução do sistema de saúde até o SUDS, vê-se que até aproximadamente 1980 privilegiava-se nesse caso, em termos de política de saúde, o atendimento médico-hospitalar, pois também nessa unidade federada era dada prioridade ao atendimento em nível médico-hospitalar em detrimento das ações médico-sanitárias e de caráter preventivo. Segundo Barros Silva, a vigência, também a nível do estado de São Paulo, do que denominou de "*perfil médico-assistencial privatista de intervenção estatal*"¹² decorria do fato de o INAMPS ser responsável pela maior parcela do atendimento médico realizado em São Paulo, fosse através de serviços próprios ou, de preferência, pela compra de serviços do setor privado. Os gastos dessa instituição atingiam 50% do volume de recursos despendidos em saúde. Pela inexistência de mecanismos efetivos de integração, hierarquização e regionalização dos serviços prestados, os gastos realizados então, embora volumosos, ti-

nham um caráter paliativo e dificilmente podiam ser controlados.¹³

Não tendo sido colocada a saúde como prioridade integrada no conjunto das políticas sociais do estado, os recursos destinados a essa área não foram suficientes para o desenvolvimento dos recursos humanos, materiais e físicos necessários ao atendimento de saúde, nem foi possível coordenar a ação exercida pelo estado com a desenvolvida pelos municípios. Assim, a hipótese levantada por Silva, no fim de seu pequeno estudo sobre a política de saúde nos anos 70, é que o estado de São Paulo não teve autonomia para desenvolver uma política de saúde distinta da que era implementada em âmbito nacional.¹⁴

Os problemas vivenciados no atendimento à saúde no estado de São Paulo já eram, porém, de consciência dos profissionais da área, assim como das autoridades, que pouco a pouco passaram a propor modificações, no sentido de tentar resolvê-los. Assim, o Decreto nº 21.862, de 29/12/83, criou a Comissão Especial do Programa Metropolitano de Saúde, que veio a se transformar mais tarde numa quinta coordenadoria da Secretaria Estadual de Saúde, a Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde. A proposta de reestruturação do setor, que visava a eliminar os pontos de estrangulamento evidenciados, foi denominada de Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo. A coincidência entre os objetivos e meios propostos pela Secretaria e os enunciados no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, do Ministério da Saúde, evidenciavam a consistência entre a reorganização planejada, que enfatizava a necessidade de hierarquização e regionalização dos serviços, e a política nacional de saúde em discussão.

O Programa Metropolitano de Saúde alcançou efetivamente uma ampliação da rede física e concomitantemente uma mudança na forma de atuação das unidades disponíveis, conforme objetivava a proposta.

As AIS começaram a ser implantadas em São Paulo a partir da assinatura de um decreto em outubro de 1983, por meio de um convênio guarda-chuva, com tantos termos aditivos quanto o número de regiões administrativas então existentes. A definição das assim chamadas "regiões de saúde" foi feita segundo algumas variá-

11. FUNDAP. *Perspectivas Institucionais da Descentralização em Saúde*. São Paulo, 1988, p.4. (Documentos de Trabalho, 24).

12. SILVA, Pedro Luiz Barros. "A Política de Saúde no Brasil e suas Repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese". *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, ano 3, (7):4-11, nov. 1983.

13. *Idem*, *ibidem*, p.9 e seguintes.

14. *Idem*, *ibidem*, p.11.

veis, pesando mais a nova divisão regional do estado de São Paulo, onde se instalaram os Escritórios das Regiões de Governo (ERGs), considerando-se também os distritos sanitários do estado e as divisões de medicina social do INAMPS. O convênio começou a operar efetivamente em 1984 e se consolidou em 1985. Em 1984, as AIS foram implantadas na Região Metropolitana de São Paulo e ao final desse ano começaram a ser firmados os termos de adesão das primeiras regiões administrativas do estado, sendo que no ano seguinte os acordos já haviam atingido todas elas.

Entre as atividades realizadas pelo Programa na cidade de São Paulo, podem

A mídia é outro aspecto que precisa ser considerado: se, por um lado, contribui positivamente indicando as falhas necessitadas de correção e exercendo controle de alguma maneira sobre a prestação de serviços, por outro, provoca o descrédito dos setores público e privado junto à população

ser citadas: reestruturação dos cursos de chefia para a capacitação gerencial e realização de curso de participação, nos níveis de assessoria, supervisão e chefias; implantação do Programa de Saúde Mental na zona norte para limitar as internações psiquiátricas só a casos de emergência; transformação do Hospital do Mandaqui, na zona norte, em Hospital Geral, para suprir o déficit de serviços de emergência e de leitos hospitalares; criação dos módulos de saúde de acordo com o Programa Metropolitano de Saúde, com o gerenciamento regional das unidades básicas de saúde das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (SES e SHS), integradas a um hospital geral; integração efetiva do Hospital Prof. Waldomiro de Paula, de Itaquera, a oito unidades básicas da área.

Na Secretaria Estadual de Saúde, desde 1977 até mais ou menos 1984, várias alterações foram introduzidas, caracterizando

uma estrutura de transição, a fim de melhor adaptá-la às novas funções. Entre elas, citam-se: criação do Fundo Estadual de Saúde, em 1978, regulamentado em 79, instituído para dar o suporte financeiro para o desenvolvimento das ações nas áreas médica, sanitária, hospitalar e de apoio e que passou a captar recursos extra-orçamentários significativos a partir do convênio AIS; assinatura do convênio AIS, que se expandiu principalmente em 1986, atingiu toda a rede estadual com 501 municípios (98% da população estadual); implantação das comissões interinstitucionais nos diferentes níveis (CIS, CRIS e CIMS), sendo que o Secretário de Saúde, como presidente da CIS, assumiu o papel de coordenador dos serviços de saúde do estado.¹⁵ Em 1990, o número de municípios com convênio de municipalização era de 574, dos 583 do Estado. Entretanto, em termos da população estadual, um terço ainda permanece fora do processo de municipalização em virtude da não assinatura de convênio com a Prefeitura da Capital.¹⁶

Ao tomar posse o primeiro governo estadual eleito em 1983, ainda durante o período da ditadura militar, foi dada a incumbência aos novos diretores regionais de saúde (DRS) de coordenarem todos os serviços de saúde de sua região. Criaram-se alguns mecanismos de coordenação, como os GRIAS (Grupo Regional de Integração de Ações de Saúde), os diretores passaram a ter poder de decisão na área administrativa em sua região e a articular a política de saúde com as autoridades locais (prefeitos e representantes do legislativo), concretizando, dessa maneira, a política de descentralização proposta. A formalização das novas medidas ocorreu com o decreto nº 22.170 (29/11/84), que criou as novas Regiões de Governo já mencionadas.

A partir de 1988, os ERSAs passaram a se denominar SUDS-R, de acordo com o novo sistema de saúde introduzido em todo o país. Como a estrutura da SES já estava descentralizada, não houve solução de continuidade no processo de regionalização e municipalização dos serviços de saúde, tendo sido aos poucos assinados todos os convênios com as autoridades municipais. O último foi o do município da capital, dados o tamanho da população e a complexidade do planejamento e dos recursos que a integração das três instâncias iria requerer.

15. FUNDAP. Op. cit.

16. AS NORMAS de Operacionalização do Ministério da Saúde para o SUS e sua implantação no Estado de São Paulo. Op. cit., p.6..

Embora seja cedo para avaliar os resultados da implementação do sistema unificado de saúde em São Paulo, a pesquisa por nós desenvolvida¹⁷ mostra que a estrutura da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, pelo menos na época em que os estudos se concluíram, em 1988, ainda não estava bem integrada, com órgãos novos assumindo atribuições dos antigos, sem haver uma reorganização clara do organograma e atribuição de papéis definidos a órgãos e indivíduos ocupando posições. Em decorrência disso, pudemos verificar que pessoas ocupando a mesma posição têm visões bem distintas sobre suas atribuições e do setor que coordenam. Do mesmo modo, verificou-se que ainda existe uma reação bastante grande por parte de pessoas que ocupavam posições de maior destaque em organismos autônomos anteriormente e que agora foram integrados na nova estrutura, sob a autoridade de outros.

As reações e pressões são mais facilmente constatadas nas unidades do INAMPS, cujo pessoal, em sua maioria, não se conforma em ser controlado por organismos estaduais. Também percebeu-se facilmente que principalmente os médicos têm grande resistência em cumprir os horários de trabalho estabelecidos e a darem uma atenção efetiva aos pacientes a serem atendidos. O bom funcionamento das unidades depende muito da dedicação e competência de seus responsáveis: em unidades, cujos diretores estavam sempre presentes e se empenhavam para que houvesse uma boa prestação de serviços aos usuários, notava-se um bom andamento e ausência de reclamações. Em relação ao controle do INAMPS, há acusações mútuas: o Estado diz não dispor de mecanismos de controle para poder punir os faltosos e não cumpridores do dever; o INAMPS diz haver legislação adequada bastando aplicá-la. Na prática, a situação continua a mesma, por força da inércia e da conivência de diversos envolvidos, não interessados na mudança.

Outro fato constatado foi que as repetidas greves que atingiram o setor saúde nos últimos anos levaram à demissão de muitos diretores de unidades que se recusaram a cortar o ponto do pessoal faltoso e, em várias delas, o cargo de direção não foi preenchido para evitar a influência dos sanitaristas nos movimentos reivindicató-

rios por melhores condições de trabalho. Nesse caso, muitas vezes, o cargo de diretor acabou sendo preenchido, em caráter provisório, por um funcionário burocrático subalterno que não era respeitado pelos médicos da unidade. Estes se sentiam com liberdade de não obedecer às normas de funcionamento afixadas em cartazes com letras avantajadas, às vistas do responsável e não eram advertidos.

Outro ponto importante da reforma, a concessão da isonomia salarial em relação aos funcionários das unidades federais, apesar de constar do decreto que criou o SUDS, nunca foi implantado regularmente. Frequentemente seu pagamento era atrasado por mais de três meses e depois de um certo período, era paga de uma só vez, o que acabava provocando confusão na cabeça dos funcionários menos graduados, que passavam a acreditar que haviam recebido um aumento, que depois era "retirado". Verificou-se uma grande falta de informação a respeito da isonomia salarial e sobre a maneira como deveria ser paga e, em consequência, notou-se uma grande insatisfação. Mesmo quanto ao nível salarial, essa insatisfação era generalizada.

Uma séria falha constatada na implementação da reforma em São Paulo foi a sua divulgação. Embora tenham sido mencionadas várias formas de difusão da proposta — documentos escritos, boletins, telefonemas, imprensa, comunicados feitos em reunião —, percebeu-se que o conteúdo dessas mensagens só atingia todos os escalões se o meio de divulgação fosse direto e por via oral. Se o diretor da unidade fizesse uma reunião com seus subordinados, tanto da área médica como da área administrativa, e explicasse com detalhes as mudanças a serem introduzidas, a informação era, em geral, compreendida e retida. Informantes de todos os níveis — com exceção dos pertencentes aos escalões superiores —, quando indagados sobre os princípios orientadores da reforma e objetivos mais amplos, nunca sabiam se manifestar a respeito. Só conseguiam ser mais explícitos ao se referirem a mudanças imediatas e mais concretas.

Notou-se, além disso, bastante insegurança em relação ao futuro por parte dos funcionários burocráticos e dos que prestam atendimento nos escalões mais baixos (atendentes, visitadoras, auxiliares de en-

17. Ver nota 5.

fermagem, principalmente). O medo de mudanças é, geralmente, tão grande que a simples remoção de uma sala para outra próxima ou, até mesmo, a mudança de uma mesa para outra na mesma sala chegou a provocar reações de histeria. A passagem de uma unidade estadual do controle da SES para o da municipalidade sempre era encarado como rebaixamento e fonte de insegurança, já que nunca se sabia se a prefeitura poderia arcar com os novos encargos.

Constatou-se, também, que as unidades do INAMPS, os Postos de Assistência Médica — os PAMS —, continuam a ser amplamente procurados pela população, independentemente de conseguir bom atendimento. São, em geral, amplas unidades, bem diversificadas, com um corpo médico e de enfermagem bastante grande, que poderiam atender muito satisfatoriamente à demanda de serviços, se o seu pessoal, especialmente o médico, comparecesse ao serviço no horário estipulado. Os poucos profissionais que cumprem sua obrigação, acabam ficando extremamente sobrecarregados, sendo procurados sempre pelos pacientes, que já sabem antecipadamente não só com quem poderão contar regularmente, como quem lhes dará a atenção necessária. Essa procura intensa das unidades do INAMPS ocorre mesmo quando há nas proximidades centros de saúde estaduais novos e bem equipados praticamente vazios, o que diminuiria certamente o tempo de espera por uma consulta.

Por fim, é preciso mencionar que, visitando sete SUDS-R e várias unidades de saúde em cada um em diversas regiões do estado de São Paulo, foi possível constatar que os problemas tendem a se agravar à medida que se aproxima da Capital. No interior, o atendimento à saúde ainda é relativamente bom, sem grandes reclamações e problemas evidentes.

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS PROPOSTAS DE SAÚDE

A leitura das amplas conclusões da 8ª CNS faz-nos refletir sobre alguns pontos. Certamente as propostas feitas revelam bastante amadurecimento em relação ao problema de saúde no Brasil, mas denotam, também, pequeno grau de consciên-

cia em relação a sua exequibilidade. Ao se propor a criação de um sistema único de saúde no país — sabendo-se que, pelo menos, boa parte do atendimento hospitalar é realizada pela iniciativa privada, por meio de convênios com o INAMPS —, e a estatização da indústria farmacêutica e dos setores estratégicos na produção de imunobiológicos, percebe-se que essas proposições foram muito mais uma colocação de posições ideológicas de uma forma bastante radical do que a apresentação de um programa viável, passível de ser implementado a curto e médio prazos.

Os princípios que nortearam as conclusões da 8ª CNS, se concretizados, chegariam, por outro lado, a diminuir a ação privada ao indispensável. Foram, para isso, previstas novas formas de contratos com a revisão dos benefícios concedidos à medicina de grupo.

A vontade de ignorar os grupos privados ou, talvez, a dificuldade de se relacionar com os mesmos também se verificou em São Paulo, por ocasião da proposta de reformulação do setor saúde no início do primeiro governo eleito na fase de transição democrática. A proposta elaborada pela Secretaria de Saúde menciona princípios muito importantes, mas ignora a existência de um setor privado — em São Paulo ainda mais forte e presente do que em outras unidades da federação —, que não poderia deixar de ser incluído entre os agentes prestadores de serviços, já que o setor público não teria condições de arcar sozinho com o atendimento da população. Não se trata aqui de defender o setor privado, nem em tese em termos de direito de prestar assistência a ser paga com recursos públicos, nem em relação à qualidade dos serviços prestados; trata-se simplesmente de não ignorar o que existe, independentemente da vontade. Justamente porque existe e porque o poder público tem que recorrer a ele para a prestação de serviços, precisa ser levado em conta, para que possa ser bem controlado e os credenciamentos adequadamente verificados. É preciso notar, ainda, que fatos recentes relatados pelos jornais mostram que as tentativas de introduzir um controle mais rígido das unidades credenciadas e dos serviços efetivamente prestados, têm levado ao pedido de descredenciamento por parte de muitas delas, com a alegação de não estarem recebendo o pagamento devido ou

por ser este muito irrisório. Não se põe em dúvida isto, mas provavelmente também diminuiu a possibilidade de se fazerem fraudes, seja em relação ao número de pessoas atendidas, seja ao próprio tipo de atendimento prestado.

Ainda em relação às propostas da 8ª CNS, concretizadas através do decreto que instituiu o SUDS: a possibilidade de uma efetiva integração entre as três instâncias e da concretização do processo de descentralização, tendo como conseqüência o fato de os municípios assumirem a gerência do sistema de saúde local, tem como pressuposto a implementação da reforma tributária, o que até hoje ainda não foi bem regulamentado, e uma melhor formação dos recursos humanos dos municípios, sem o que será impossível a realização das propostas.

É preciso salientar, mais uma vez, a oportunidade do momento político por ocasião das novas propostas para a área de saúde. Sem a sustentação de uma base eleitoral, não teria sido certamente proposto em São Paulo um programa de descentralização de governo, que pressupõe uma orientação democrática, e, se proposto, não teria havido condições para sua implementação.

O acompanhamento do processo de implementação das novas políticas na área de saúde nos dois últimos governos de São Paulo mostrou claramente um retrocesso no processo de descentralização e delegação de poderes para as instâncias inferiores. Se em sua concepção a nova política de saúde significa um avanço no atendimento à saúde, em sua implementação ela tem servido de instrumento político para ampliar o poder central (do governo estadual) em todo o estado. Segundo queixas a nós comunicadas, isso se dá seja através do repasse dos recursos do INAMPS, que nunca se faz automaticamente, ficando retidas as verbas mais ou menos tempo conforme a orientação política das prefeituras locais, seja através da escolha dos diretores dos escritórios regionais de saúde. De acordo com a proposta, estes deveriam ser escolhidos pelo Secretário de Saúde, segundo certos requisitos estabelecidos no documento legal, entre as pessoas que tivessem sustentação política na região e pudessem, portanto, ser aceitas pela maioria dos envolvidos na área de saúde. Muitas vezes

isso não acontecia, sendo indicadas para a função pessoas ligadas politicamente às autoridades mais elevadas do estado. Isso comprometeu a ação dessas pessoas na região e o próprio atendimento à população.

A estrutura pouco definida da Secretaria de Saúde, se, de um lado, propicia maior agilização e criatividade no entender daqueles ligados ao próprio grupo coordenador da reforma, por outro, permite controlar mais a máquina e os diversos órgãos e setores, de modo a anular ou diminuir a influência de pessoas ou grupos inseridos na estrutura central.

Vários indícios confirmam a maior centralização do poder após a posse do governo em 1987: demissões ou afastamento de todos aqueles que não obedeciam à orientação, como foi o caso da demissão dos diretores que não quiseram cortar o ponto dos grevistas em suas unidades; com isso foi possível aumentar o controle sobre os sanitaristas, que constituíam um forte grupo de resistência e luta dentro da administração da saúde; extinção da carreira de sanitarista; a realização periódica de reuniões do Secretário diretamente com os diretores de SUDS-R, que em tese deveriam ser coordenados pelos coordenadores de macro-regiões e por fim relatos sobre a maneira de atuação do Secretário feitos por pessoal dos escalões superiores. É bastante sintomático, também, que muitos diretores de SUDS, ao serem indagados sobre quem era seu superior, não hesitavam em afirmar ser este o próprio Secretário. A desestruturação da máquina administrativa, que tinha começado a ser realizada com o fim de permitir uma nova reestruturação menos rígida e que possibilitasse uma composição política, com a incorporação de pessoal comprometido com as idéias da nova proposta, criou as condições para uma nova centralização do poder, fugindo, assim, ao espírito da reforma.

Nos escalões superiores, percebe-se a presença de dois tipos de pessoas: um tipo é formado por aqueles que encampam o espírito da reforma e tanto a defendem oralmente, como procuram trabalhar no sentido de conseguir implementá-la; um outro tipo é constituído geralmente pelo antigo pessoal da Secretaria, que sabe que lá vai continuar após o término da administração vigente e que se mostra indife-

rente ou cético em relação às mudanças em curso. Também o fato de ser elemento antigo ou recente da estrutura e a posição política (não necessariamente filiação partidária) vai influir na visão que tem cada um sobre suas próprias atribuições e ligações com escalões superiores e inferiores. Pessoas diferentes em cargos iguais vêem suas funções de modo totalmente diferente e certamente isso deve se refletir na forma como o sistema é gerenciado e no sucesso da política.

Ao nível do atendimento direto à população, a maioria prefere não se manifestar a respeito da reforma. Dizem não conhecê-la e é bem possível ser verdadeira essa afirmação. Notamos um problema sério de comunicação entre os escalões mais elevados e os inferiores do sistema. Só a respeito das mudanças concretas, visíveis, costumam ter opinião formada e manifestá-la.

Quanto à participação da população, uma das metas da reforma, embora não fizesse parte dos objetivos da pesquisa, pelo menos nessa primeira etapa, entrevistar os usuários dos serviços de saúde para sentir como estes estavam sendo atendidos e encarando a nova proposta, foi possível perceber que não está sendo incluída como agente que deve opinar e participar das decisões. A nota 2, no início deste texto, mostra que não têm havido, em geral, reuniões regulares das comissões interinstitucionais dos diferentes níveis, que deveriam ter entre seus membros representantes da população através da participação de seus grupos organizados.

Concluindo, sobre os pontos levantados, pode-se ver que muitos são os problemas existentes que impedem o alcance das metas propostas com a nova política de saúde. Os médicos, aqueles que são os

responsáveis efetivamente pela prestação do atendimento, são um ponto crítico de estrangulamento, talvez o mais sério, na medida em que não desempenham suas funções a contento, em maioria. A máquina burocrática é outro deles, fazendo "corpo mole" e não se esforçando para que novos programas tenham êxito. Funcionários antigos consideram-se seguros na função, não necessitando demonstrar eficiência. Certamente são um peso para a implementação de qualquer programa novo, se não constituírem efetivamente um empecilho real. Esse é, a nosso ver, um dos grandes obstáculos à implementação da política de saúde, ao lado da manipulação política referida acima. Por fim, deve-se ressaltar o problema da informação e/ou comunicação dentro e fora da estrutura da Secretaria, que prejudica a compreensão das novas propostas por parte de quem deve pô-las em prática e não informa adequadamente o usuário sobre seus direitos e a forma de fazê-los se tornarem realidade.

A mídia é outro aspecto que precisa ser considerado: se, por um lado, contribui positivamente indicando as falhas necessitadas de correção e exercendo controle de alguma maneira sobre a prestação de serviços, por outro, provoca o descrédito dos setores público e privado junto à população, que diante dos constantes relatos sobre a incúria no atendimento, pode desanimar de vez e começar a achar que nada mais tem solução.

Portanto, vê-se que, apesar de todo um planejamento no sentido de transformação global do sistema de atendimento à saúde da população, muitos obstáculos têm impedido a sua concretização tal qual foi planejado.¹⁸

18. Embora a pesquisa tenha se limitado à análise do processo de implementação do SUDS até 1988, especialmente em São Paulo, é interessante assinalar que a nova Resolução nº 258/91, da Previdência Social, que instituiu novamente o pagamento por produção, já mostrou ter criado grandes problemas para os municípios menores, que não têm condições de instalar e gerir um sistema de saúde com possibilidades de oferecer serviços adequados à população. Ainda que a lei tenha estabelecido que as municipalidades devam investir 10% de seu orçamento em saúde, muitas estão se vendo na necessidade de arcar com grande parte dos gastos nessa área, entrando a União com uma parcela mínima.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- ÍNTEGRA do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Ações Integradas de Saúde e Modelo Assistencial*. Brasília, nov. 1985. (mimeo)
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Coletânea da Legislação Básica (SUDS)*. Brasília, s. ed., 1989.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *SUDS - Sistemas*

Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Decreto nº 94.657 de 20/7/87.

- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *O INAMPS na Nova República*. s.ed., s.d.
- PAIM, Jairnilson Silva. "A Crise do Planejamento Autoritário em Saúde". *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, 4:52-61, 4, 1981.
- SECRETARIA de Estado da Saúde. *Uma Revolução na Área da Saúde*. São Paulo, s.ed., s.d. □