O PLANO DE REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: UMA ANÁLISE DE SUA COERÊNCIA, FACTIBILIDADE, VIABILIDADE E DESENHO DA ESTRATÉGIA*

HELOISA MARIA MENDONÇA DE MORAIS**
OVIROMAR FLORES***

1. Introdução; 2. O Plano-estrutura e método; 3. Análise de coerência; 4. Análise de factibilidade; 5. Análise de viabilidade; 6. Desenho da estratégia.

1. *Introdução*

O Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social constitui a proposta instrumentadora da atual política de racionalização do setor saúde no Brasil. Esse plano revela questões a nível estratégico e a nível ideológico, que refletem o conflito de interesses que se tem manifestado nas tentativas de reorientação das práticas médicas em nossa sociedade.

Nos últimos 20 anos, as oportunidades de formulação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde) e do plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) constituem momentos fundamentais, quando são elaboradas propostas racionalizadoras para o setor saúde e, no conjunto delas, é possível identificar o curso de proposições mais progressistas marcadas por diferentes graus de legitimidade, em função da especificidade histórica dos momentos em que são formuladas.

Ainda que seja durante a década de 30 que se operam no Brasil aquelas transformações que lhe permitem a passagem de um modelo agrário-exportador para um processo de industrialização, é mais exatamente a partir do golpe militar de 1964 que se dá o seu aprofundamento e a sua reinserção no sistema capitalista monopolista, o que significa a reorientação do Estado brasileiro rumo ao intervencionismo. Isto implica mudanças de cunho estrutural e conjuntural para a sociedade brasileira, e para o setor saúde significa o aceleramento do processo de transformação das práticas de saúde, já em andamento.

* O presente trabalho foi elaborado a partir de debates e discussões de grupo de trabalho integrado por participantes do II Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe, promovido pela Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getulio Vargas, no período de 26 de setembro a 2 de dezembro de 1983. O referido grupo de trabalho foi integrado por Heloisa Maria Mendonça de Morais, Oviromar Flores, Eduardo Rivera e José Rodrigues.

** Médica sanitarista. Prof.ª da Universidade Federal de Pernambuco. (Endereço da autora: Rua Barão de Itamaracá, 98, apto. 1.401 — Recife, PE.)

*** Sociólogo. Técnico do Ministério da Saúde. (Endereço do autor: SQN 307, Bloco H, apto. 209 — Brasília, DF.)

Este fenômeno da transformação das práticas de saúde delineia-se durante um dos períodos mais democráticos da nossa sociedade, o qual se estende de 1945 a 1964, e chama a atenção para o processo de politização da força de trabalho brasileira, mais propriamente do contingente de assalariados, a qual não obtém respostas às suas reivindicações em relação à qualidade e extensão da Previdência, em face do que a Saúde Pública revelou-se, também, destituída de soluções efetivas.

Por sua vez, as transformações científicas e tecnológicas operadas na época determinam uma elevação no custo da assistência à saúde, alteram os padrões de utilização de medicamentos, dos serviços para diagnósticos e dos equipamentos médicos. Em síntese, operam-se modificações na própria concepção do ato médico, o qual se subdivide e se especializa, provocando a diferenciação da mão-de-obra empregada e centralizando-se no hospital.

A este fenômeno, que se denomina "capitalização da medicina", referem-se as nossas políticas financeiras, administrativas etc., que orientam e conformam as políticas para o setor saúde e para o setor social como um todo, relacionadas aos aspectos de caráter estrutural e conjuntural já referidos.

É nesse quadro que se entende a relegação da saúde pública a um plano secundário no setor saúde, bem como as reformas sucessivas no plano da previdência social, após a sua unificação, as quais, segundo Braga e De Paula, veicularam propostas de:

"— assegurar a predominância de empresa privada na prestação de atenção médica, tecnificando o ato médico;
— constituir empresas capitalistas no setor, promovendo o assalariamento dos profissionais da área;
— ampliar a arrecadação através do aumento da contribuição da previdência e extensão de cobertura;
— centralização da questão financeira por parte do Estado".[1]

Se as propostas para o setor saúde na década de 60 apresentam características extremas de capitalização da medicina, coerentes com o direcionamento das nossas políticas econômicas, na década de 70 (especialmente a partir de 1974) observa-se que o Estado retoma de uma forma mais contundente a formulação de políticas de saúde como forma de, através de políticas sociais, assegurar a hegemonia da classe dominante e a reprodução e manutenção da força de trabalho, agora já sentindo fortemente o efeito do fracasso do milagre econômico proposto pelos promotores do golpe de 1964.

É nessa época (1974) que, conforme Madel Luz, "as instituições de Estado começam a ser lentamente penetradas pela racionalidade", o que significa que "tomando-se o plano e o planejamento como indicadores da importância de um setor do Estado, poder-se-ia considerar a saúde como um setor menor".[2]

É claro que esta racionalidade do Estado, no caso do setor saúde, instala-se a partir da crise do capitalismo mundial e, no plano interno, a partir da baixa

[1] Braga, J. C. & Goes de Paula S. Saúde e Previdência. In: *Estudos de Política Social*, Rio de Janeiro, Cebes/Hucitec, 1981. p. 97.
[2] Paim, Jairnilson. As políticas de saúde e a conjuntura social. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, Cebes (15/16), fev. 1984.

eficácia, custos crescentes e limitada cobertura da assistência médica, assim como do fracasso do modelo econômico, a perda de legitimidade do Estado, as reivindicações dos movimentos sociais e a manifestação de contradições no sistema de saúde.

Nessa direção estabeleceram-se legislações próprias e os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), que basicamente destinavam-se a setores sem acesso aos serviços médicos e sobre os quais não incidiam interesses da rede privada. Dessa forma, entre outros, são propostos o PIASS e o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, ocorrendo, no plano do discurso, a metabolização, pelo Estado, de propostas de saúde consideradas as mais progressivas, que atentavam para a questão da democratização do setor saúde.

O PIASS, enquanto proposta racionalizadora, situada na conjuntura dos anos 70, originalmente destinava-se a atender 23 milhões de habitantes do Nordeste, distribuídos em áreas onde a medicina privada não mantinha interesses, detentores da menor renda *per capita* do país e portadores dos mais cruciantes problemas de saúde, além de constituir um contingente populacional significativo para o partido do Governo, então ameaçado pelos resultados das recentes eleições no país. Esta situação garantiu-lhe a viabilidade, e o PIASS passa a constituir a oportunidade de, via extensão de cobertura, racionalizar o setor saúde em termos de implantar uma rede, e instrumentá-la técnica e administrativamente.

O Prev-Saúde, por sua vez, caracteriza a retomada das propostas anteriores de racionalização do setor saúde no momento de "redemocratização" do país (1980), fundamentando-se nas diretrizes gerais veiculadas pela OMS e aprofundando o plano ideológico da saúde na sociedade brasileira, dando forma ao período a que Teixeira e Oliveira[3] denominam como o de "crise ideológica" da Previdência Social, na medida em que sua proposta provocou a manifestação explícita de todas as organizações cujos interesses estavam em jogo nesse plano.

O Prev-Saúde, enquanto caracterizador de um dos momentos da crise da Previdência, referido pelos dois autores, é antecedido por um outro período, que é o da "crise financeira", já tratado por diversos autores, e seguido por um terceiro, o da crise institucional, que caracteriza o momento da formulação do plano do Conasp.

Conforme Paim, o Prev-Saúde apresentava três objetivos:

"1) extensão da cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população;
2) reorganizar o setor público da saúde, pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e o aumento da produtividade dos recursos disponíveis;
3) promover a melhoria das condições gerais do ambiente, com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento d'água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas."[4]

O terceiro momento ("crise institucional"), segundo Teixeira e Oliveira,[5] "decorre do fato de o próprio Governo assumir como estratégia o alardeamento da

[3] Teixeira, S. M. F. & Oliveira, J. A.A. 1980, 1981, 1982... O clímax da crise: transparência da estrutura de poder. In: *Previdência e Assistência Médica no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983. mimeogr.
[4] Paim, J. op. cit. p. 10.
[5] Teixeira, S. M. F. & Oliveira, J. A.A. op. cit.

crise, como forma de obter a legitimação das suas propostas junto à população, a qual se conscientiza da ineficiência e irracionalidade da Previdência Social". Para a solução desta questão, as propostas oscilaram desde a passagem da assistência médica para o Ministério da Saúde, alocando-a no âmbito da saúde pública, até o seu extremo oposto: transformação desses serviços em seguro-saúde privado.

O conjunto dessas propostas reflete, explicitamente, a conjuntura em que se situam, a qual força o Governo a perseguir o consenso diante da remota possibilidade de solução da crise, o que o leva à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde da Previdência Social, com vistas à racionalização da prestação de assistência médica e contenção dos seus custos correntes, propondo, conforme Paim:

"1. Prioridade às ações primárias com ênfase nas assistências ambulatoriais.
2. Integração das instituições estaduais, federais e municipais num sistema regionalizado e hierarquizado.
3. Utilização plena da capacidade de produção.
4. Estabelecimento de níveis e limites orçamentários.
5. Administração descentralizada de recursos.
6. Participação complementar da iniciativa privada.
7. Critérios racionais para prestação de serviços públicos e privados para melhoria das condições de atendimento.
8. Simplificação do pagamento de serviços de terceiros, com controle dos órgãos públicos.
9. Racionalização na prestação de serviços de custo elevado.
10. Implantação gradual da reforma com reajustes eventuais."[6]

2. *O Plano — estrutura e método*

A consideração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social chama a atenção para o tipo de regime político e para o Estado brasileiro, na medida em que se caracteriza por um conjunto de propostas formuladas para fazer frente a uma situação de crise, muito mais estrutural do que simplesmente financeira, do setor saúde.

Considerado o caráter autoritário do Estado brasileiro, através do qual entende-se a solidão dos planejadores (tecnocratas) no exercício da formulação desse plano, revela-se o esforço da tecnocracia da saúde em modernizar o setor como parte da estratégia de manutenção da hegemonia do bloco dominante no poder.

Um dos seus argumentos, apresentado como justificativa na introdução do documento, revela, por exemplo, a visão institucional sobre a finalidade da assistência médica da Previdência: "Cumpre reconhecer-se, também, que o trabalhador brasileiro passou a encarar os serviços médicos da Previdência como um pecúlio amealhado com o seu trabalho e como um complemento de seu salário. Assim, a Previdência Social e sua Assistência Médica é hoje um dos pilares sustentadores da paz social no Brasil."[7]

[6] Paim, J. op. cit. p. 13.
[7] Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Gráfica do Inamps, 1983. p. 14.

Se é verdade que a insatisfação da população brasileira, no que se refere à assistência médica que lhe é proporcionada, manifesta-se na totalidade dos usuários, este fenômeno parece não refletir apenas uma reação quanto à qualidade dos serviços, mas uma questão que remete ao próprio fenômeno da cidadania da população brasileira, quando a assistência médica previdenciária, além de ser duplamente financiada pelos trabalhadores de menor poder aquisitivo, representa um inalienável e decantado direito universal desses grupos sociais. Dessa forma, a visão dos benefícios da Previdência Social enquanto complemento salarial, além de onerante, revela-se falaciosa.

Isto posto, é importante considerar que entre os componentes básicos do planejamento (visão do futuro, objetivos, ações necessárias para atingir os objetivos e existência dum sujeito), o sujeito que elabora e executa o plano é quem lhe atribui o caráter e a direção, já que lhe confere cor e forma no sentido de afastá-lo de uma irreal neutralidade. Nessa linha, o planejamento do setor saúde, no caso, manifesta-se como eminentemente político, considerando que suas diretrizes mostram um conjunto de valores, que se expressam através dos objetivos do plano, e os caminhos a serem seguidos para o atingir.

Miglioli, a este respeito, manifesta-se da seguinte forma: "O sujeito aparente é o órgão de planejamento, mas na verdade o sujeito é o próprio Estado para o qual aquele órgão trabalha."[8]

Ora, se a visão de Estado implica uma sociedade dividida em classes, o que orienta o planejamento é, logicamente, o interesse da classe, ou fração de classe, que detém o poder sobre os demais ou que exercita a busca da hegemonia sobre elas, implicando, dessa forma, uma abrangência mais ou menos ampla desses planos, na medida da expressão das contradições que se estabelecem entre elas no seio do Estado, no que parece residir a questão da superficialidade do plano, a qual revela-se como funcional.

Portanto, se a informação das proposições desse plano são direcionadas pelas questões ligadas diretamente à conjuntura brasileira, o que significa serem determinadas pelas relações de poder que se estabelecem no interior da nossa sociedade, cabe considerar o processo desencadeado para sua formulação e implantação.

Conforme Testa, um plano de saúde constitui "um conjunto de propostas acerca de que hacer cotidianamente para enfrentar los problemas que se presentan en este terreno".[9] Isto supõe a consideração das condições de saúde dos grupos sociais a que se destinam as ações de saúde planejadas, as quais são, basicamente, portadores de três níveis de intenções de crescimento ou reprodução; de mudança e de legitimação.

Supõe-se, também, que as mudanças dar-se-ão a partir da confrontação entre essas condições de saúde mencionadas anteriormente e a estrutura de serviços existentes, a qual, em se referindo a planejamento setorial, deverá atentar para os aspectos de eficiência e eficácia, entre outros. As aludidas mudanças, então, portam questões que se distribuem em três planos simultâneos: administrativo, ideológico e estratégico.

[8] Miglioli, Jorge. *Introdução ao planejamento*. São Paulo, Brasiliens,e 1982. p. 53.

[9] Testa, M. Planificación estratégica en el sector salud. Caracas, Cendes/UCV, 1981. p. 19. mimeogr.

Ainda que se aceite que o planejamento constitua um conjunto de procedimentos universais, ele assume características específicas determinadas pelo próprio sistema econômico em que se insere, modificando o seu âmbito na medida da amplitude do setor em que é empregado também. Dessa forma, em relação ao planejamento, estabelecem-se leis gerais para todos os sistemas sócio-econômicos; leis próprias de cada sistema econômico em particular; leis comuns a tipos particulares, a superestruturas econômicas. Isto indica que o processo e a metodologia adotados no plano do Conasp estão sujeitos a leis de mercado claramente estabelecidas, através das quais se confrontam interesses da população com interesses ditados pela produção privada da tecnologia de saúde e equipamentos, pelos grupos privados de prestação de serviços e pela indústria farmacêutica.

Seu texto consta de cinco itens referentes a: I) Introdução; II) O modelo atual de prestação de serviços de saúde no âmbito da previdência social; III) Propostas reorientadoras da assistência à saúde previdenciária; IV) Estratégia de implementação do plano; V) Considerações finais.

A sua estruturação a partir de medidas de ordenação do setor saúde, mantidas constantes as demais variáveis (ou setores), não se orienta para uma análise político-econômica que indique sua viabilidade numa sociedade em profunda crise estrutural, imersa numa economia de recessão. O não-aprofundamento das questões referentes às condições de saúde da população brasileira, assim como o caráter descritivo do item referente ao modelo atual de prestação de serviços de saúde no âmbito da previdência social estão a indicar a opção por um "processo" de planejamento que assegura, até onde possível, o livre trânsito da proposta entre diversos interesses manifestos, hoje, no setor saúde na sociedade brasileira, o que significa que este processo de planejamento, além do espaço para as questões técnicas, deverá prover um campo próprio para a manifestação de cunho conjuntural, através do qual possa instrumentalizar-se e adquirir legitimidade. Isto posto, o processo de planejamento proposto deveria constar, fundamentalmente, de fases de:

- levantamento de dados;
- análise da situação concreta mais geral, na qual se insere o plano;
- formulação do plano;
- implantação do plano.

Especificamente em relação à formulação de um plano, tomando-se em conta os conceitos de Miglioli, dever constar de três itens fundamentais:

"• Proposição dos objetivos a serem atingidos;
• Formulação do modelo do plano;
• Formulação das medidas de implantação do plano."[10]

Quanto à proposição dos objetivos, verifica-se que o plano do Conasp não chega a desenvolver uma clara IO (imagem-objetivo), deixando-a difusa, o que o impede de estabelecer e detalhar metas orientadas para um quadro de prioridades em saúde. A proposta se restringe apenas à reordenação da capacidade instalada e à rearticulação institucional do setor saúde, não chegando a esboçar

[10] Miglioli, Jorge. op. cit. p. 60.

uma orientação desses meios, de forma a delinear uma estrutura de serviços necessária ao setor. Nesse ponto, ultrapassa-se o que Miglioli denomina de "simplificação excessiva do plano". "Parece que o procedimento dominante é o oposto — ou seja, a simplificação excessiva do plano no que se refere ao planejamento econômico dos países subdesenvolvidos. Nessa simplificação é costume apresentar como plano uma relação de objetivos a serem atingidos, o que vem a constituir apenas uma declaração de intenções. Em casos um pouco melhores, consta também, além da relação dos objetivos, um conjunto de medidas que se apresentam como instrumentos da implantação do plano, mas que, muitas vezes, não passam de subdivisões dos objetivos gerais em metas específicas"(...)[11]

No que concerne à formulação das medidas de implantação do plano, em face do caráter difuso dos seus objetivos e do seu método, torna-se obviamente impraticável sua identificação. Teoricamente, ela ocorre durante as fases de elaboração e de implantação, quando as medidas seriam efetivamente postas em prática.

Se na estrutura desse plano nos ressentimos da falta dos elementos anteriormente citados, esta ausência torna-se mais aguda ao constatarmos a inexistência de elementos informadores para a tomada de decisão, no sentido do plano global. Isto é, o plano, de uma maneira geral, não revela, ou omite, um conhecimento anterior que o informe sobre:

— estado de saúde da população brasileira e seus fatores condicionantes;
— estrutura e funcionamento do sistema dos serviços de saúde;
— relações entre o produto do sistema dos serviços de saúde e as necessidades de saúde da população.

Considerada, então, a ausência de uma visão de futuro, de metas claramente estabelecidas e organizadas e de medidas concretas de implantação do Plano, este deixa de o ser, não ultrapassando o nível de uma análise do setor saúde e "(...) mesmo que essas medidas sejam formuladas, se elas não forem, contudo, efetivamente implantadas, todo o trabalho despendido até aí resultará apenas num pseudoplano, isto é, um trabalho que tem o aspecto formal de um plano, mas deixa de sê-lo verdadeiramente em decorrência de sua não-aplicação".[12]

Se, tecnicamente, a formulação e estruturação do Plano do Conasp não o caracteriza como "um plano", cumpre atentar para as condições em que se dá a sua elaboração, o que chama a atenção para o aspecto estratégico das omissões verificadas.

Nesta linha fica implícito, também, que, estrategicamente, os conflitos possíveis em torno do plano em estudo, pela particularidade que ele assume, deslocam-se do nível central (ou federal) para o estado, onde sua legitimação variará na medida das potencialidades de cada unidade federada para sustentá-lo, permitindo sua circulação e permanência diante de um conjunto de interesses divergentes.

[11] Id. ibid. p.62.
[12] Id. ibid. p. 62.

3. *Análise de coerência*

A Organização Pan-americana de Saúde e o Centro Pan-americano de Planificação de Saúde[13] sugerem um procedimento para a análise de coerência, procedimento este que pensávamos seguir neste trabalho. Contudo, ao nos determos nas proposições gerais do Plano de Reorientação, para estudar a lógica de cada uma *per se* — confrontar umas com as outras — e, em seguida, o conjunto delas com o conjunto das políticas, identificamos ambigüidades referentes à concepção finalística do Plano, que o permeiam por completo e que, por esta razão, vamos aqui nomear como ambigüidades de primeira magnitude. Se não, vejamos:

- a abordagem dual que faz acerca da questão saúde/doença;
- a forma através da qual trata as relações entre os setores público e privado do sistema de atendimento;
- a ausência de qualquer explicitação concernente à participação da população na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial.

A primeira delas tem sido exaustivamente tratada na literatura médico-social quanto às distorções que acarreta, quer seja do ponto de vista conceitual, quer seja numa perspectiva operativa. No caso particular do Brasil, o enfoque dicotomizado da questão levou, entre outras distorções, a que fossem criados, no país, dois ministérios para se ocuparem da assistência médica. As atribuições que lhes compete, polarizadas entre saúde e doença, coletivo e individual, prevenção e cura, ficam bem expressas no documento técnico-administrativo que ora analisamos. Já na sua Introdução lê-se: "*Na década de* 70, a par da responsabilidade pela atenção à saúde individual, prestada por hospitais e postos de atendimento ambulatorial geral e especializado, *o Inamps começa a se comprometer também com a prestação de serviços básicos de saúde*, de acordo com a política de extensão de cobertura proposta pelo Governo, em consonância com diretrizes de organismos internacionais do setor"[14] (grifos dos autores do artigo). Mas, nas Considerações finais encontra-se: "Assim, as proposições indicadas referem-se mais ao campo da assistência médica que propriamente à promoção da saúde e às ações sanitárias sobre o meio, embora se compreenda sua alta interdependência."[15] Como se pode observar, enquanto a primeira citação denota a preocupação com os serviços básicos de saúde (o que incluiria as ações de prevenção e a intervenção sobre o meio-ambiente), a segunda retoma a clássica tendência previdenciária de valorizar a medicina assistencial em detrimento da saúde pública. É o próprio texto que define ser necessário "uma maior abrangência" para que o Plano "basicamente assistencial e previdenciário" possa dar conta de questões básicas de saúde. Problemas tais como a desnutrição e as doenças endêmicas, tradicionalmente tratadas no âmbito do Ministério da Saúde, não são vistos enquanto urgentes por comprometerem, substantivamente, o estado de saúde da população. Interessam sobretudo — sob a ótica da racionalidade que confere todo o colorido ao Plano — "pelo grande ônus que representam para o país e

[13] Organização Pan-americana de Saúde & Centro Pan-americano de Planificação de Saúde. *Esquema para la formulación de políticas de salud*. Doc. n.º I/5-016. Chile, 1975.
[14] Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito de Previdência Social. p. 12.
[15] Id. ibid. p. 34.

para a Previdência Social em particular (...), tendo em vista a imensa demanda assistencial que geram e o volume de benefícios que determinam".

Sob tal enfoque e tendo em vista o conteúdo nitidamente ambivalente destes enunciados, como fica a atribuição dos níveis de competência para um ministério e outro?

Poder-se-ia, também, pensar que esta ambivalência respaldaria a inalteração do quadro institucional no qual o MPAS continuaria a exercer a dominância, conferindo tendências particulares a toda a política do setor.

A ambigüidade presente nas relações propostas para os setores público e privado encontra-se igualmente contemplada no decorrer do documento. Ainda na Introdução, diz que "a magnitude da problemática de atenção à saúde da população brasileira, a pluralidade de instituições envolvidas e os interesses em disputa não parecem recomendar *estratégias drásticas* (grifo nosso), que levem à polarização entre grupos da sociedade, especialmente no período de abertura política em que vive a nação. Esse embate, certamente, acabaria por comprometer qualquer proposta de mudança, por mais justa que pudesse ser".[16] Ora, que *estratégias tão drásticas* seriam estas? Só podemos inferir, pela leitura das sublinhas, estarem os proponentes do Plano recomendando cautela quanto à possibilidade de serem abalados os interesses do setor privado. Todavia, como pensar nesta cautela, na medida em que se propõe" (...) a utilização das reais potencialidades dos primeiros e a utilização complementar dos segundos"? Seria possível fixar os limites segundo os quais as *estratégias* de mudança se tornariam ou não drásticas? Para nós, esta questão é substantiva, e a ambigüidade reside exatamente no fato de que todas as propostas de mudança se consubstanciam tão-somente nos discursos, sendo discretos os indicadores da reversibilidade da hegemonia do setor privado sobre o público. É difícil supor que nas atuais circunstâncias seja possível "aos ambulatórios públicos exercerem sobre os serviços e profissionais credenciados o controle da qualidade assistencial e da produtividade, de acordo com parâmetros preestabelecidos de cobertura populacional".[17] O que aparece percorrendo todo o conteúdo do *Plano* é a idéia de controle do setor público sobre o privado, faltando, contudo, a análise de viabilidade de tal proposição.

Quanto à terceira ambigüidade, o Plano nomeia, entre os princípios que deverão orientar a busca de seus objetivos, "a participação ativa dos vários segmentos da sociedade na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial, assim como na sua gerência, nos níveis central, regional e local"[18] sem qualquer explicitação da forma como isto ocorreria. Mas, já nas Proposições gerais, submete "a participação de outros órgãos e entidades representativas da sociedade" à condição de "quando viável (...)"

Colocada nestes termos, a questão da participação persiste obscura e duvidosa, sendo mais acentuada a presença no Plano, do compromisso com requisitos formais. Neste sentido, não fugiria à tendência observada nos documentos oficiais dos últimos 20 anos, período em que os planos de saúde dos países subdesenvolvidos aparecem com o acento nitidamente ideologizado da participação popular.

[16] Id. ibid. p. 13.
[17] Id. ibid. p. 13.
[18] Id. ibid. p. 13.

Do ponto de vista formal, metodológico, situaríamos a primeira ambigüidade como de natureza intra-setorial. A segunda e a terceira preencheriam condições tanto de intra quanto de extra-setoriais, e, exatamente por sua natureza articuladora com outros setores da política, estariam relacionadas com a coerência externa do Plano de Reorientação. São justamente estas últimas as que nos parecem fundamentais para a análise de coerência das proposições em si, ou delas no contexto global. Isto porque, mesmo quando estamos em busca da lógica interna de cada proposição ou confrontando umas e outras, remetemos sempre a um quadro de referência do que deve ser um Plano de Saúde, o qual, por definição, está sempre embasado ou finalmente determinado pela articulação intersetorial, na medida em que "expresa los resultados técnicos-operacionales del análisis de coherencia externa de las proposiciones políticas y algunos aspectos del análisis de factibilidad".[19]

Não nos parece reducionista a afirmação de que a análise das proposições gerais do Plano de Reorientação demonstra estarem elas principalmente dirigidas à regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, aos recursos humanos e ao financiamento e custos do setor. É que tais proposições, mesmo se aceitas como intrinsecamente coerentes ou guardando coerência entre si, apenas terão finalmente resolvida a sua coerência na medida em que sejam examinadas sob a ótica de sua articulação intersetorial.

Assim sendo, poderíamos analisar os aspectos sintetizados a partir do conjunto das proposições, tendo como pano de fundo as ambigüidades que abordamos anteriormente e que foram, para efeitos deste trabalho, denominadas como de primeira magnitude. Antes, contudo, devemos ressaltar que, ao contrário do proposto pela OPS e pelo Centro de Planificação,[20] neste caso estamos fazendo o percurso de análise do Plano no sentido inverso ao que se fez na sua construção. Ou seja, estamos partindo da coerência para chegar à factibilidade, tendo em vista estarmos trabalhando uma proposta já acabada.

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde ficarão muito comprometidas num contexto incompatível de interesses públicos e privados, até porque é difícil admitir que sistemas independentes e de interesses contraditórios possam ser mutuamente hierarquizáveis. E, certamente, não lograrão materializar-se enquanto alguns destes interesses não forem equacionados, porquanto são vinculados ao planejamento social e, como tal, concernentes ao Estado. Também no âmbito das ambigüidades situam-se as proposições de racionalidade do controle dos custos, na medida em que a "implantação de um sistema de contabilidade", decerto unificado enquanto proposição, suporia uma lógica também similar quanto à opção pela lucratividade através de ações de saúde. Igualmente incompatível com os rumos da política econômica do país, se constitui uma proposição que aponta para o "incremento da receita para a assistência à saúde" através de mecanismos que não supõem uma maior oneração da clientela. Aliás, a este respeito poderíamos lembrar as recentes notícias veiculadas pela imprensa, dando conta das intenções do novo ministro da Previdência em aumentar a alíquota dos contribuintes para "fazer frente ao crescente aumento dos gastos com

[19] Organização Pan-americana de Saúde & Centro Pan-americano de Planificação de Saúde. op. cit. p. 66.
[20] Id. ibid.

assistência médica".[21] Finalmente, quanto às proposições dirigidas à valorização dos recursos humanos, pensá-las em uma conjuntura de crise econômica parece um exercício de ficção. Caberia indagar como compatibilizar o estabelecimento de carreiras funcionais, o incentivo à dedicação exclusiva ao serviço público, o pagamento de salários justos, quando todas as recomendações governamentais apontam para a redução de gastos com pessoal. A propósito, recomendações deste teor tornam-se imperiosas quando emanam de acordos do Governo brasileiro com o Fundo Monetário Internacional, conforme foi recentemente divulgado.[22]

No seu conjunto, as proposições gerais do Plano de Reorientação não convergem, tampouco se potencializam, na direção da implantação de uma rede, se não única, na forma referida nas proposições específicas, pelo menos unificada. Plenas que estão de contradições, conforme acabamos de demonstrar, nos permitem afirmar que o Plano de Reorientação requer coerência tanto intra quanto extra-setorial.

4. *Análise de factibilidade*

Não tomaremos a falta de coerência do Plano de Reorientação como uma questão excludente, tendo em vista a análise de factibilidade. Exercitaremos pensá-la até porque, como lembramos anteriormente, recomendam os autores seja esta a primeira etapa para a elaboração de um plano. Assim sendo, a possibilidade de cumprimento das suas proposições gerais e específicas será analisada de acordo com:

— tecnologia disponível;
— recursos: materiais (compreendidos aqui os equipamentos); humanos, financeiros; investimentos (correspondendo fundamentalmente aos dispêndidos com a instalação da rede física);
— organização técnico-administrativa.

Tecnologia: o Plando de Reorientação se caracteriza por uma quase completa omissão a respeito da seleção de tecnologia, seus custos e a relação com a cobertura dos serviços de saúde. A omissão aparece como particularmente estranhável, no momento em que tanto se discute a respeito de uma tecnologia apropriada para a saúde.[23]

Entendemos, como Cibotti,[24] que seu conceito deve ser considerado numa perspectiva relativa e dinâmica, isto é, tecnologia para todos os problemas em todos os níveis. Deve abranger a problemática de todo o setor saúde, isto é, ir além

[21] IPEA aponta rombo de Cr$ 2 trilhões na Previdência. *Jornal do Brasil*, 20 nov. 1983, p. 24.

[22] FMI quer reduzir gasto do governo com pessoal. *Folha de São Paulo*, 27 nov. 1983, p. 40.

[23] Não pretendemos neste trabalho entrar na polêmica sobre qual seria o sentido real de uma "tecnologia apropriada". Contudo, seria interessante anotar as observações que a compreendem como mais uma possibilidade (que vem se somar às outras) de contenção de gastos, tendo em vista a estratégia de extensão de cobertura.

[24] Cibotti, R. Notas sobre la seleción de tecnologias apropriadas en los servicios de salud. Buenos Aires, 1980. 19 p. mimeogr.

da introdução de novas práticas e procedimentos nos diferentes âmbitos do setor, tomados isoladamente. Tal enfoque pressuporia uma análise crítica e sistemática do setor, de suas necessidades e das condições que determinam seu funcionamento. Contudo, como afirmam Campoamor e Veronelli,[25] "la adquisición de equipos y materiales es impuesta a la planificación/administración sin que esta esté en condiciones de discutir los beneficios. En más de una oportunidad innovaciones tecnológicas se difunden antes de que aparezcan estudios sobre sus indicaciones y beneficios y menos aún, evaluaciones sobre los resultados de su empleo". Geradas que são nos países centrais e significando o uso intensivo de bens de capital sofisticados e de uma mão-de-obra com graus crescentes de especialização, seus altos custos terminam repassados aos países consumidores, agravando o problema da dependência tecnológica, acarretando graves distorções no planejamento de saúde e levando a clientela e os profissionais do setor a confundirem, equivocadamente, a qualidade da atenção médica com a sofisticação técnica da mesma. Acrescente-se, ainda, que as inovações tecnológicas em saúde não são substitutivas, o que quer dizer, para mais capital investido em equipamentos, mais trabalho é requerido.

De posse destes elementos, em que consistiria uma tecnologia apropriada à proposta do Conasp?

Caracteristicamente, no Brasil, o uso da tecnologia em saúde tem sido muito mais determinado pelos interesses das indústrias de equipamentos e medicamentos, nas suas relações com o setor privado, que por necessidades de saúde. Não é de admirar, portanto, que coexistam grandes massas de trabalhadores excluídas de seu consumo em qualquer grau, com outro tanto utilizando largamente a tecnologia de ponta. A propósito, sua penetração no setor tem-se dado, fundamentalmente, a partir do setor privado. É assim que se difundem muito mais, nos últimos anos, técnicas para diagnóstico e tratamento (diálise, tomografia computadorizada, ultra-sonografia), sendo os equipamentos necessários à sua difusão, por seu alto custo, inteiramente financiados pelo Estado.

Na medida em que a proposta do Conasp se insere na estratégia de extensão de cobertura através da ampliação da rede de serviços básicos, impõe-se a necessidade de suprir esta rede com insumos tecnológicos suficientes. Neste ponto emergem dois problemas: o primeiro diz respeito ao pouco que se sabe de tecnologia apropriada para serviços de baixa complexidade; quanto ao segundo, refere-se ao completo desconhecimento, pelos técnicos, da experiência historicamente acumulada pela população no manuseio de suas manifestações mórbidas. O fato tem, freqüentemente, conduzido à negação pragmática desta experiência ou a tentativas marginais de resgatá-la — porque sem qualquer embasamento científico —, acarretando um aumento de descrédito dos serviços junto à clientela. Um outro aspecto é que haveria de se controlar, sobretudo, a penetração da tecnologia de ponta no Sistema de Saúde, redimensionando seus usos e adequando-os às exigências de serviços hierarquicamente organizados.

Em suas proposições específicas o Plano de Reorientação se refere à assistência farmacêutica, recomendando a "retomada do Plano Diretor da Ceme" e a

[25] Campoamor, N. R. & Veronelli, J. C. Tecnologia apropiada, planificación y administración de servicios de salud. Organização Pan-americana de Saúde, fev. 1981. p. 3. mimeogr.

"revisão e implantação efetiva da Rename". Contudo, a menos que alguma variável nova (quiçá extra-setorial) aponte para esta necessidade, as socilitações do próprio setor parecem vir sendo insuficientes para reverter a tendência até agora observada. Pelos determinantes da dependência econômica em que se encontra o país, o que tem regido o setor saúde é a lógica das indústrias químico-farmacêuticas, lógica esta incompatível com o teor das proposições a que estamos nos referindo.

No caso particular do Plano do Conasp, estabelecidos os requisitos de adequação da tecnologia de produtos e da tecnologia de processos às suas proposições, nos moldes em que são definidas por alguns autores,[26] seria o caso de se discutir sua factibilidade.

Recursos: a distribuição e utilização de equipamentos na rede de serviços só pode ser compreendida no contexto da questão tecnológica que acabamos de abordar. Poder-se-ia enfatizar, contudo, que o consumo das inovações em equipamentos está principalmente localizado nos estabelecimentos de maior grau de complexidade, em especial nos hospitais, e que é muito reduzido ao nível dos serviços básicos, fato este responsável, entre outros, pela pequena capacidade resolutiva dos mesmos. Neste sentido, as proposições do Plano não contemplam um possível equacionamento do problema, furtando-se até mesmo a analisá-lo.

Já dissemos, na análise de coerência do Plano, da contradição existente entre a necessidade de maior volume de recursos para satisfazer as proposições referentes à valorização dos recursos humanos do setor e as diretrizes de contenção de gastos da política governamental. Este nos parece um ponto central, mas outros aspectos podem ser revistos para a análise de factibilidade. Autores como Donnangelo e Gentile de Mello, na tentativa de compreender as distorções verificadas na formação e distribuição dos recursos humanos no país, terminam por explicá-las à luz das categorias produção/consumo de atos médicos. Segundo estes autores, a formação preponderantemente especializada e dirigida à atenção individual, além de uma distribuição altamente centralizada dos profissionais nas várias regiões do país — o que vem redundando num tipo de prestação de serviços inadequado à realidade de saúde da população —, somente encontram explicação na forma especializada, centralizada e obviamente inadequada em que se dispõem e organizam os serviços de saúde, em que se estrutura o mercado de trabalho. Seriam estes, muito mais que as escolhas individuais, que determinariam, em última instância, o perfil dos recursos humanos do setor.

Nogueira,[27] analisando a população economicamente ativa (PEA) do setor, demonstra a proporção excessiva de pessoal de pouca qualificação em instituições públicas e privadas, "visto que em ambas está presente a ênfase na quantidade, que conduz à utilização abusiva de pessoal de nível elementar, como resultado das pressões de racionalização administrativa ou da ânsia de lucros. Evidentemente, se não houvesse esse primado da quantidade sobre a qualidade, a composição da equipe de saúde seria menos polarizada, através, por exemplo, da maior participação de pessoal de nível médio". Os dados do autor mostram que, em 1978, o percentual de pessoal de nível superior alocado nos serviços era de

[26] Campoamor, N. R. & Veronelli, J. C. op. cit.; e Cibotti, R. op. cit.

[27] Nogueira, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública* (*RAP*), Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *17*(3): 61-70, jul./set. 1983.

24,19%, de 13,23% o de pessoal de nível médio, de 32,05% o de pessoal de nível elementar.

No conjunto das dificuldades aqui apresentadas, pensar a consecução das proposições do Plano dirigidas a uma nova política de recursos humanos significaria, em primeira instância, pensar a reordenação do atual Sistema de Saúde do país. Significaria, também, a ocorrência no aparelho formador destes recursos, de mudanças cuja natureza guardaria uma estreita relação com os objetivos que se pretendesse atingir através desta reordenação.

No Brasil, a fixação de "critérios claramente definidos para a elaboração do plano de custeio do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)" e a "implantação de um sistema de contabilidade de custos de atenção médica", conforme enunciado nas proposições gerais do Plano de Reorientação, defrontar-se-iam com uma dificuldade de base. Para uma análise de financiamento que inclui, além da distribuição de valores monetários, também a sua origem, não se sabe, por exemplo, tudo que aporta pelo lado do setor público (excluída a seguridade social). A incongruência chega ao seu limite máximo se lembramos que "sendo computados como financiamento do setor os recursos oriundos de todos os Ministérios, apenas o orçamento do Ministério do Exército para a função saúde é maior que o orçamento do próprio Ministério da Saúde".[28] Por outro lado, não se tem qualquer controle sobre os recursos pulverizados com ações de saúde em centenas de municípios brasileiros, estando as estimativas, seguramente, subestimadas.

São determinantes dos custos crescentes com o financiamento do setor: estímulos provenientes do lado da oferta (inovações tecnológicas, especialização dos recursos humanos) e da demanda (crescimento demográfico, concentração urbana, aumento da renda familiar disponível, aumento da população coberta pela seguridade social), estímulos estes, de tal nível de complexidade, que a resposta que requerem ultrapassa em muito as possibilidades resolutivas do setor saúde.

O financiamento do setor vem-se dando cada vez mais através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o que tende a se acentuar com a situação de crise econômica que atravessa o país. As Secretarias de Saúde dos estados e municípios encontram-se sem recursos, tendo mesmo a grande maioria delas atingido o clímax da exaustão financeira. Por outro lado, o aumento das taxas de desemprego e a diminuição progressiva do valor real dos salários deverão atuar sinergicamente no sentido de aumentar os custos com a atenção médica. O gasto direto, pelas razões apontadas, também tenderá a se reduzir, restando, apenas, os recursos advindos do Inamps para fazer face à situação de crise.

Do ponto de vista da factibilidade das Proposições e no que diz respeito à racionalização dos custos, deveria ser mantido o quadro evolutivo de repasse dos recursos da Previdência, que se observa para o período 1976-81. Em 1976, a Previdência Social dirigiu cerca de 90% dos recursos para o setor privado; já em 1981, estes recursos para o mesmo setor foram da ordem de 60%, tendo sido o montante da defasagem observada repassado aos estados e à rede de serviços do Ministério da Saúde.[29]

[28] Notas de aula. II Curso Internacional de Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. Disciplina: Planejamento do sistema de atenção à saúde.
[29] Ibid.

Quanto aos investimentos para ampliação e conservação da rede física, parecem ter factibilidade muito duvidosa, considerando-se o quadro delineado.

Organização técnico-administrativa: o Plano se refere ao "incremento da capacidade técnico-gerencial do setor público", mas não explicita os meios através dos quais ocorreria a descentralização de suas atividades. Tampouco faz referências ao que pretende quanto ao Sistema de Informações e ao treinamento de pessoal, para fazer frente às clássicas deficiências da capacidade gerencial nos serviços públicos.

5. *Análise de viabilidade*

Considerando que a viabilidade é uma categoria política, porquanto define a capacidade ou o poder de implementar o Plano, entendemos que ela expressa sempre o movimento de forças sociais em busca de seus projetos particulares, no interior de uma dada sociedade. Nesta perspectiva, apenas penetrando o plano da luta política, é possível compreender a complexidade que envolve a viabilidade de um plano e o contexto no qual ele se desenvolve. Aliás, para Giordani e colaboradores,[30] este contexto está sempre relacionado com as "contradições entre capital e trabalho, entre as diferentes frações de capital que, em conjunto, explicam a existência de grupos organizados ou forças sociais capazes de expressar tais contradições no conflito social".

Considerando, também, que o ator principal da planificação é o Estado, o qual desempenha um papel determinante no condicionamento da viabilidade de um plano, deve-se remeter à tradição autoritária do Estado brasileiro e à freqüente utilização que tem feito das políticas de saúde, enquanto instrumento de busca de consenso e de hegemonia, para se analisar a viabilidade do Plano do Conasp.

Em suma, é no movimento que se polariza entre as forças sociais (partidos políticos, grupos econômicos organizados, sindicatos, entidades de classe etc.) e o Estado, e através da correlação de forças que se estabelece entre estas instâncias da vida civil, que se têm situado as tentativas de implementação do Plano de Reorientação do Conasp. Para Giordani e colaboradores,[31] "as relações entre estas forças se estabelecem em termos de confronto ou de negociação. Isto dependerá dos projetos que proponham, de sua ideologia, de sua "práxis" política, das doutrinas que alimentam sua concepção social, dos interesses que defendam e de sua relação com as classes sociais. (...) As múltiplas contradições que contém o sistema se traduzem em conflito e consenso, luta e negociação, em oposição e alianças que adquirem expressão concreta de acordo com o modelo social e o regime político vigente".

O Plano do Conasp, quando interpreta as distorções do modelo atual de prestação de serviço, faz uma análise insuficiente da situação, na medida em que a atribui "à pluralidade de modalidades assistenciais e à extrema dificul-

[30] Giordani, J. A.; Testa, M.; Yero, L. & Matus, C. La Planificación posible en la perspectiva sociopolítica de America Latina. In: *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación*, Caracas, Venezuela, Ed. Sociedade Venezolana de Planificación/UCU, Universidad Central de Venezuela, *153/155*: 14-77, ene. 1981.
[31] Id. ibid. p. 19.

dade no exercício de seu controle, dadas as dimensões do próprio país e a complexidade dos procedimentos burocráticos vigentes",[32] sem explicitar a ação dos grupos de interesses.

Para a análise de viabilidade do Plano do Conasp, identificamos como os principais grupos de interesse: o capital transnacional, o capital nacional, a burocracia estatal, as entidades de classe (basicamente as de profissionais de saúde e, entre estas, as que congregam os médicos) e os partidos políticos.

O capital transnacional: o modelo de acumulação em curso no Brasil — o da transnacionalização — encontrou no interior do sistema de saúde amplas possibilidades para sua realização. Seria redundante alongar-nos aqui em evidências tais como as maléficas influências do complexo médico-industrial para a saúde da população e o quanto sua penetração no país tem acentuado a dependência econômica.

Se, por um lado, a ênfase que o Plano confere à ampliação da rede básica poderia interessar a grupos financeiros alienígenas, tendo em vista a possibilidade do consumo crescente de equipamentos e medicamentos, por outro as proposições dirigidas à racionalização da assistência farmacêutica têm merecido a maior atenção dos referidos grupos. Não deve ser por acaso que persistem intocados seus interesses, na medida em que continuam atuando livremente no país e pressionando no sentido de retardar passos discretos rumo à autonomia nacional, principalmente na produção de medicamentos. É assim que uma matéria recente publicada no *Jornal do Brasil*[33] menciona as divergências entre os ministros da área social e os da área econômica quanto à política de medicamentos, e a forte influência que estes últimos têm recebido das multinacionais do setor. De acordo com a matéria, "o programa da indústria farmacêutica nacional, elaborado por representantes de cinco ministérios e que prevê, entre outros benefícios, maiores incentivos fiscais para os laboratórios nacionais, está na Presidência da República desde janeiro, e ainda não foi aprovado por não ter as assinaturas dos ministros da Fazenda, Ernane Galvêas, e do Planejamento, Delfim Netto".

O capital nacional: o processo de capitalização a que está submetido o setor saúde, no Brasil, traz para o centro desta discussão o privilegiamento indiscutível que tem sido dado aos serviços privados em detrimento dos públicos. É assim que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), representantes dos interesses do capital nacional, têm-se manifestado a respeito do Plano de Reorientação. São tantas e tamanhas as contradições do sistema, que, diferentemente do que se poderia pensar, quando o Plano foi divulgado, a FBH e a Abramge assumiram posições opostas em relação ao mesmo. Enquanto a primeira o percebeu "como ameaça a sua hegemonia e superfaturamento por suas proposições racionalizadoras",[34] a segunda o apoiou por visualizar "na contenção de gastos com o setor contratado

[32] Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de reorientação... op. cit.

[33] Laboratório estrangeiro quer mudar programa da indústria farmacêutica. *Jornal do Brasil*, 5 nov. 1983.

[34] Teixeira, S. M. F. & Oliveira, J. A. A. op. cit. p. 28.

a possibilidade de aumentar sua participação como alternativa mais programável de prestação de assistência médica previdenciária".[35]

De qualquer modo, é de se supor que este apoio da Abramge repouse no fato de as medidas contidas no Plano, por suas características mesmo de racionalidade e simples ordenação do sistema, não significarem uma ameaça, de fato, aos seus interesses.

Fatos mais recentemente observados, como "a reativação de hospitais públicos, a maior dotação de recursos para o setor próprio"[36] e o maior repasse de recursos da Previdência para o setor público quando se compara os anos de 1976 e 1981, são indicativos de uma tendência de mudança. Contudo, os últimos acontecimentos políticos na área do MPAS, os quais culminaram com a queda do Ministro Hélio Beltrão, e que comentaremos um pouco mais adiante, em nada asseguram que possa persistir esta tendência.

A burocracia estatal: conquanto admitida como a representação dos interesses do Estado, não deve ser analisada como isenta dos interesses de grupos. Também ela se constitui em um pólo de divergências e é nestas condições que se exerce internamente no setor saúde, o que quer dizer, no desenho das viabilidades e estratégias concernentes ao Plano, que "o pessoal do Estado" tem uma dimensão político-decisória muito além daquela enunciada na visão simplificadora dos que o reconhecem apenas como mero executor dos interesses do Estado. É a partir deste entendimento que as forças sociais de transformação tendem a ver nos interstícios do Estado, ou na chamada "autonomia relativa" do mesmo, a via para introduzir projetos distintos dos impulsionados pelas forças de reprodução do sistema. Muitas conquistas dos trabalhadores latino-americanos na área social têm sido produto de longas lutas onde as forças dominadas lograram uma articulação crescente, ainda que subordinada, ao aparelho do Estado. Segundo Giordani e colaboradores,[37] malgrado a verdade destes fatos, "em situações de conflito que questionam o modelo de hegemonia, desaparece a autonomia relativa e o Estado tende a ser uma expressão mais definida da classe dominante". Daí porque, para estes autores, "não seria a autonomia relativa do Estado o caminho principal para resgatar a planificação e colocá-la a serviço da transformação social".

Tentando uma aproximação entre o que vem ocorrendo com o Plano de Reorientação e estes conceitos, identificamos uma tecnoburocracia previdenciária comprometida com os interesses empresariais e privados e um outro setor, a massa crítica da tecnoburocracia, cujas proposições mais progressistas foram até incorporadas pelo Plano. Aliás, relembrando a intervenção de Sérgio Arouca no II Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe, "esta massa crítica, junto aos movimentos sociais dos quais participa, pode e deve construir uma imagem objetiva alternativa àquela na qual trabalha dentro do espaço institucional".

Concordamos com recente documento divulgado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes),[38] no qual se reafirma "que a plataforma básica

[35] Id. ibid. p. 28.
[36] Id. ibid. p. 30.
[37] Giordani, J. A.; Testa, M.; Yero, L. & Matus, C. op. cit. p. 22.
[38] Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). *A questão democrática na área de saúde*. Rio de Janeiro, 1983. 24 p. mimeogr.

do Plano do Conasp — papel primordial do Estado, integração interinstitucional, rede única de serviços regionalizada e hierarquizada, universalização da clientela, descentralização e participação comunitária — é também *parte* (grifo nosso) da plataforma e proposta progressistas, no que diz respeito a uma organização mais racional do setor de assistência à saúde".

Um conflito importante ao nível da tecnoburocracia se constituiu em um dos primeiros problemas enfrentados pelo Plano de Reorientação: no caso dos convênios trilaterais, a modalidade proposta pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) foi contestada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Enquanto na proposta da Ciplan o pagamento dos serviços se efetuaria por consulta e alta hospitalar, na proposta do Conass o pagamento seria por subsídios globais pré-fixados. Segundo o Conselho, sua proposta aumentaria em muito a capacidade de mobilidade dos recursos, o que conferiria um maior grau de autonomia às secretarias estaduais.

Acreditamos estar demonstrando que coexistem grupos, em choque permanente, no interior do aparelho do Estado. A conquista da hegemonia dependerá da correlação de forças, a qual irá se expressar no conflito político e não poderá ser compreendida, apenas, a partir de abstratas determinações de classe.

As entidades de classe: de modo geral, o discurso do Plano tem sido apoiado por setores da medicina liberal que se colocam contra a "mercantilização da medicina" e o empresariamento médico, estabelecendo uma aliança com o setor público contra os principais desvios da medicina lucrativa.

No interior do Movimento de Renovação Médica (Reme), o qual se constituiu na base para a articulação das oposições médicas nas suas entidades de classe (Conselhos Regionais de Medicina, Sindicatos dos Médicos e Associações de Medicina), em vários estados do País, a partir da segunda metade dos anos 70, floresceu uma discussão importante a respeito das possíveis conseqüências da implantação do Plano do Conasp. Enquanto algumas destas entidades têm-se mantido mais próximas dos blocos de poder, assumindo a racionalidade proposta pelo Estado e a depuração que ele executa do conteúdo politizante das propostas que influenciaram o Plano de Reorientação, outras manifestam-se claramente favoráveis às suas proposições. A propósito, o presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro declarou recentemente à revista *Cadernos de Saúde*[39] que o Plano "traduz a recessão na área da saúde, sem que o Governo tenha coragem de assumir esse tipo de confissão". Em outro momento desta polêmica entrevista, referiu-se ao Plano como "um subproduto do modelo econômico e evidentemente ele não pode dizer a que veio, mas ele não encerra nada de bom para o trabalhador brasileiro ou para o profissional de saúde".

Postula o Cebes — e a esta corrente de opinião nos aliamos — que: "A compreensão global do processo em que se insere o Plano do Conasp não deve levar, no entanto, a sua rejeição por inteiro, mas à discriminação das medidas que possam significar um real avanço da proposta de democratização do setor saúde e da melhoria da saúde da população (...)".[40]

[39] *Cadernos de Saúde*. Rio de Janeiro, Iaserj, (1):4, 1983.
[40] Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). op. cit. p. 15.

Os partidos políticos: a manifestação partidária em relação às questões de saúde no país tem deixado muito a desejar. Se bem que pelo menos três partidos de oposição (PMDB, PT e PDT) contemplem, em suas cartas programáticas, os pontos mais importantes que devem nortear a ação nos setores sociais, entre eles a saúde, não ultrapassam a generalidade de alguns princípios. Além do mais, têm deixado a desejar o seu envolvimento em picos de crise do setor, como bem o demonstra a completa anuência com a decisão governamental de, cedendo às pressões da corrente alinhada com as diretrizes do FMI, nomear novo ministro para o MPAS.

Em síntese, o fato de o Plano de Reorientação ter sido gerado no interior da tecnoburocracia estatal, excluindo, além das forças sociais aqui citadas, aquelas que representam os principais interessados na forma como ele será implementado — os trabalhadores e o conjunto da população — decorre tanto do caráter autoritário do Estado, quanto da fragilidade das organizações de massa e da ausência dos partidos políticos em importantes debates que ocorrem no país.

O presidente do Inamps, em depoimento recente prestado à CPI do Senado sobre a Previdência Social,[41] declarou: "A implantação está sendo feita de modo gradual porque todas as mudanças previstas são profundas e esbarram não só na natural resistência a qualquer mudança, como, também, na oposição daqueles que, de alguma forma, vinham sendo beneficiados pelas distorções existentes". Conquanto não estejamos de acordo a respeito da "profundidade das mudanças", parece interessante a referência clara às resistências de alguns grupos de interesse à implementação do Plano.

De acordo com o documento do Cebes,[42] "ainda que contendo muitas contradições e ser em muita coisa insuficiente, o Plano parece ter sofrido um revés que pode comprometer sua existência, quando, nas recentes escaramuças do poder central (que culminaram com o afastamento do Ministro Hélio Beltrão), a corrente governista alinhada com as diretrizes do FMI conseguiu impor-se, fazendo supor que a Previdência terá que compactuar mais ostensivamente com o rolo compressor da recessão".

Aliás, mencionando ser o desequilíbrio financeiro registrado em 1983 de origem "nitidamente conjuntural, porque decorre de causas externas à Previdência Social", é o próprio Ministro demissionário, em carta à Presidência da República, quem afirma: "Não vejo como se possa sequer pensar em resolver o problema financeiro, conjuntural — decorrente primordialmente da política econômica vigente — mediante o aumento das contribuições ou a redução dos benefícios dos trabalhadores, medidas que, além de socialmente injustas, são evidentemente inviáveis no plano político."[43] Para o ministro, a causa de desequilíbrio estaria sobretudo na recessão, na queda do nível de emprego e na política salarial.

[41] Fonseca, A. S. A reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social (1.º ano). Documento apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado sobre a Previdência Social, set./out. 1983. mimeogr.

[42] Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). op. cit. p. 16.

[43] Condução da economia faz o Governo perder Beltrão. *Diário do Comércio*, 12, 14, 15, 16 nov. 1983, p. 5.

A este respeito, Teixeira, em recente declaração à revista *Isto É*,[44] acha que, evidentemente por razões diferentes da Seplan, o problema da Previdência é "estrutural". Segundo a pesquisadora, "se a contribuição ocorresse sobre o faturamento das empresas, heveria muito mais recursos". Aponta igualmente a omissão do Estado, que se vem recusando a entregar sua parte ao bolo previdenciário.

Enquanto corre solta esta polêmica, é com a escassez de recursos que, concretamente, vêm-se defrontando os profissionais do setor que estão tentando implementar o Plano do Conasp.

6. *Desenho da estratégia*

O desenho da estratégia é um momento essencialmente político na formulação do Plano. Para Testa,[45] "o conteúdo político de um plano se expressa na estratégia, já que é na concreção desta onde aparece, como proposta, a direção de deslocamento do poder".

Ao se partir de uma situação inicial (S_0) para chegar a uma outra situação (S_1), rumo à viabilização do Plano e da imagem-objetivo nele contida, várias alternativas se colocam. Tais alternativas ficarão definidas como possíveis ou desejáveis no interior dos movimentos políticos ao se definir o "que fazer". E esta é a definição que se procura, quando se procede a desenhar uma estratégia.

Contrariamente, quando o "que fazer" se define ao nível do planejamento centralizado, normativo, ele não tem oponentes. Nesta circunstância, põe-se principalmente a serviço das forças dominantes e fica excluída a possibilidade de se analisar o processo de "construção da viabilidade política".

A introdução de atores sociais no processo de planificação é que irá legitimá-lo, desde que oferecerá a possibilidade de modificar as proposições políticas, ratificá-las ou postergá-las. A alternativa em que se constitui o planejamento estratégico, em oposição ao normativo, consiste precisamente em abrir espaço à participação das forças que postulam a transformação social. A proposta metodológica que lhe corresponde se instrumentaliza em categorias analíticas que possibilitam interpretar a realidade não manifesta.[46] Quer dizer, a proposta toma forma a partir da concreção que oferecem as formações econômico-sociais específicas. E as alterações que se introduzem nas decisões políticas a serem tomadas trazem, consigo, a marca legitimadora do processo: a presença das forças sociais em suas formulações.

É somente no interior das lutas políticas que se pode ultrapassar os limites do processo forjado nas salas da tecnoburocracia, desde que o "como fazer" adquire, na prática, condições de retroalimentar "o que fazer".

Um problema operativo importante que se apresenta no desenho da estratégia é a definição das prioridades, as quais deverão ser estabelecidas a partir dos debates travados com as forças sociais que participam do processo de pla-

[44] *Isto É*. São Paulo, Caminho Editorial, 7 (361), nov. 1983.

[45] Testa, M. op. cit. p. 27.

[46] Giordani, J. A. La planificación como proceso social, um esquema de analisis. In: *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación: Teoria y Metodo de la Planificación*, 1979.

nejamento. Mais interessante ainda é o que aponta Testa[47] quando considera que, "a partir do momento em que a população é incorporada a uma discussão substantiva sobre políticas de saúde, é praticamente impossível limitar esta discussão ao âmbito estreito do setor saúde. Isto porque o que a classe dominada discute como problemas de saúde, sem dar-lhe este nome, são as condições de vida e de trabalho, muitas vezes expressando-as mediante suas aparências mais visíveis: preço dos alimentos, da moradia, o nível dos salários e outros indicadores similares". Neste sentido, o debate acerca da saúde se transforma em um debate sobre a sociedade e o processo de planejamento para saúde pode vir a se constituir em uma contribuição para mudança social.

Tendo em vista estas considerações de ordem conceitual, restaria colocar como se situa a estratégia de implementação do Plano do Conasp. Desde que o Plano não contém em sua elaboração a análise da viabilidade política, a simples referência às proposições que serão priorizadas, com as etapas e cronogramas concernentes, não se constitui em um elemento suficiente para preencher os requisitos do *desenho da estratégia.* O fato de terem sido mantidas à parte da elaboração do Plano do Conasp as forças sociais que aqui discutimos aparece como impedimento nuclear à possibilidade de sua viabilização, enquanto projeto verdadeiramente democratizante para o setor saúde no Brasil.

E para terminar, caberia referir-nos a Giordani e colaboradores,[48] quando afirmam: "La experiencia nos enseña que la planificación coherente con un proceso de transformación debe vincular objetivos y acción, organización y método, donde este último debe superar la brecha epistemológica entre historia y plan."

Summary

In developing this study, it has been the authors' concern to analyse the Medical Assistance in Social Security Reorientation Plan (Plano de Reorientação da Assistência Médica na Previdência Social), because it represents the most recent version of the policy adopted for the Brazilian health sector. In their efforts, they considered the plan of the Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) as containing a set of intentions which have in view to expand, to change and to legitimate the sector as part of a State operative assembly, that being for them an indication that such intentions simultaneously involve three dimensions they considered implicit in the plan: administrative, ideological and strategical.

Thus, at first their analysis means the consideration of the plan's technical design, on which they propose some questions about its elaborative process, about the model adopted and about the future outlook (or image-objective) orienting the design.

The authors then direct their reflexions toward considering the design of Conasp's plan as a phenomenon concretely inserted in a scheme of authoritarian planning and, accordingly, they endeavoured to identify its internal and external coherence, its feasibility and its practical workability.

[47] Testa, M. op. cit. p. 43.

[48] Giordani, J. A.; Testa, M.; Yero, L. & Matus, C. op. cit. p. 26.

While having this analysis as its starting point the "technical" problem of the plan's design, its findings being able to indicate that "technically" the Reorientation Plan is not in itself a plan — it is apposite to consider the phenomenon of technocratic authoritarianism that has been dominating political decision-making in Brazil, and also that the most progressive intentions of a similary authoritarian plan may or may not have a reproductive effect, depending on the degree in which they are metabolized as a component of change within the conflicts of interest in Brazilian society.

This understanding means that, even though the Conasp plan may not satisfy in terms of design, this point does not constitute a relevant problem, since the authors see their conclusions in this direction as a didactic component of the work, that they undertook starting from activities developed in the II International Course of Politics and Administration of Health for Latin American and Caribbean Countries. The authors preferred then to give greater attention to those aspects of the Conasp plan capable to involve possibilities oriented to those social groups seen as addressees of the most urgently needed changes to be effected in Brazilian society.

