MODELOS ASSISTENCIAIS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL*

Domenico Feliciello**

1. Introdução; 2. O modelo assistencial e os aspectos políticos; 3. O modelo assistencial e os aspectos político-institucionais; 4. O modelo assistencial e os aspectos técnicos; 5. As diretrizes atuais da política nacional de saúde.

Análise do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde e suas influências nas constituições de modelos assistenciais. Importância do papel desempenhado por atores sociais na implementação de interesses no setor saúde. Necessidades de saúde da população não se constituem em preocupação central do Estado e das classes sociais hegemônicas.

Summary

WELFARE PARADIGMS AND HEALTH POLICY IN BRAZIL

The article presents an analysis of the National Health Policy and of its influence in the establishment of certain paradigms of assistance, especially considering these last decades. It also stresses the significant role played by different social agents, in the fulfilment of some special interests prevailing in the health sector, thus demonstrating that the health needs of the population do not constitute the central concern both of the government and the hegemonic classes of society, in spite of progresses already made in the juridical and legal framework of the sector.

Palavras-chave:
Política de saúde; modelos assistenciais; legislação da saúde; atores sociais.

1. *Introdução*

A discussão de um novo modelo assistencial para os serviços de saúde vem-se constituindo numa das questões centrais do setor, que necessita ser equacionada de modo que as diretrizes da Política de Saúde possam ser concretizadas com determinado grau de resolutividade e eficácia.

* Texto elaborado originariamente para o Programa de Estudos de Planejamento em Saúde do Núcleo de Saúde da Puccamp, revisto e ampliado para apresentação como contribuição ao processo de debates da IX Conferência Nacional de Saúde. Artigo recebido em out. 1991 e aceito em dez. 1991.
** Professor adjunto no Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp, (Endereço: Pontifícia Universidade Católica de Campinas — Reitoria — Campus Universitário — Rodovia D. Pedro I, Km 112 — Cx. Postal, 317 — 13100 — Campinas — SP.)

Para inúmeros grupos de técnicos, de políticos e para a sociedade civil, que buscam a transformação das condições de vida e de saúde da população brasileira, esta discussão, além de ser importante para operacionalizar alguns dos avanços sociais expressos na atual legislação de saúde do País, pode representar a conquista de espaço político para a democratização do setor.

A configuração de um novo modelo assistencial deve levar em conta, no mínimo, aspectos técnicos e políticos envolvidos na questão. Nesse sentido, as recentes abordagens do planejamento em saúde tentam dar conta dessa complexidade sem, entretanto, conseguir formular uma proposta madura e concreta, mesmo porque ela deve ser construída a partir da legislação recém-aprovada e da reorganização das forças políticas dos segmentos sociais diretamente envolvidos.

Com relação aos aspectos políticos do modelo assistencial, temos que abordar pelo menos duas instâncias. Uma que diz respeito à política de saúde de modo global, que define o desenvolvimento geral do Sistema Nacional de Saúde, incluindo as questões financeiras envolvidas nesse processo. A segunda relaciona-se com a organização das agências e serviços de saúde nos seus aspectos próprios a nível da administração e da distribuição e delegação interna do poder, capazes de redirecionar ou imprimir, aos seus serviços de saúde, diferentes destinações que não aquelas definidas pelas diretrizes do Sistema de Saúde.

Quanto aos aspectos técnicos, já existe uma série de discussões que têm polarizado a questão em torno de duas propostas principais: por um lado, o Modelo Médico Assistencial Individual e, por outro, o Modelo de Atenção à Saúde Embasado na epidemiologia e na abordagem coletiva.

De qualquer modo, elaborar uma contribuição que possa traçar diretrizes para um novo modelo assistencial deve, necessariamente, recuperar o desenvolvimento anterior das questões políticas e técnicas envolvidas na construção histórica de determinados modelos de atenção à saúde, de modo a possibilitar o reconhecimento do caráter das propostas mais atuais, em termos de avanços, de reprodução ou de retrocesso.

Apesar de estarmos vivenciando uma significativa alteração do arcabouço político, jurídico e administrativo do setor saúde, convivemos com várias propostas colocadas para a sociedade, seja por segmentos públicos, seja por setores privados. Paralelamente, permanece toda uma estrutura burocrático-administrativa herdada de décadas anteriores que não foi ainda desmontada. Pelo contrário, em inúmeros momentos ela se faz presente e mostra sua força em obstaculizar avanços.

2. *O modelo assistencial e os aspectos políticos*

O modelo assistencial implantado no Brasil em décadas anteriores caracterizou-se, de modo global, pela dicotomia entre Saúde Pública e Medicina Previdenciária, que conviveram de forma "harmoniosa e integrada" com o setor privado de prestação de serviços.

A Saúde Pública, que se constituiu principalmente a partir do século XIX, organizou-se com base na preocupação com o combate às epidemias e endemias

e na busca da salubridade das cidades, das águas, dos alimentos e dos locais onde ocorria a circulação das pessoas, seja a nível de instituições (escolas, hospitais), seja a nível de estabelecimentos comerciais (armazéns, matadouros, panificadoras), seja a nível de quaisquer logradouros e vias públicas (ruas, fontes de água, cemitérios, prostíbulos, parques).[1]

Esta atuação da Saúde Pública convergiu, em décadas mais recente, para a configuração de três grandes linhas:

– a vigilância sanitária;
– a vigilância epidemiológica;
– programas voltados para faixas populacionais de risco (programas materno-infantil, de suplementação alimentar, de atenção à mulher, de interiorização de ações de saúde - Piass).

Mesmo após a organização desse determinado modelo, entretanto, a atuação dos órgãos responsáveis (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde e autarquias) sempre se caracterizou pela excessiva centralização, pela verticalização e setorialização dos programas e pelo caráter emergencial, esporádico e campanhista. Não deve ser desconhecido por ninguém, por exemplo, a ação no caso da epidemia de meningite na década de 70, bem como nas epidemias de poliomielite, sarampo, febre amarela e dengue, ou mesmo no caso da Aids.

Politicamente, os órgãos federais concretizam-se como instâncias normativas das ações e programas de saúde, a serem implementados pelos estados e municípios com recursos próprios ou transferidos dos níveis superiores. Entretanto, nos estados política e financeiramente mais débeis, o próprio Ministério da Saúde assumiu grande parte das responsabilidades. Paralelamente, o poder federal continuou mantendo a exclusiva responsabilidade em vários setores como, por exemplo, no combate a certas endemias como a doença de Chagas, a malária, etc.

Em termos econômicos, o financiamento de Saúde Pública decresceu de modo acentuado a partir da década de 50, quando a medicina previdenciária passou a assumir importância crescente no setor saúde.[2]

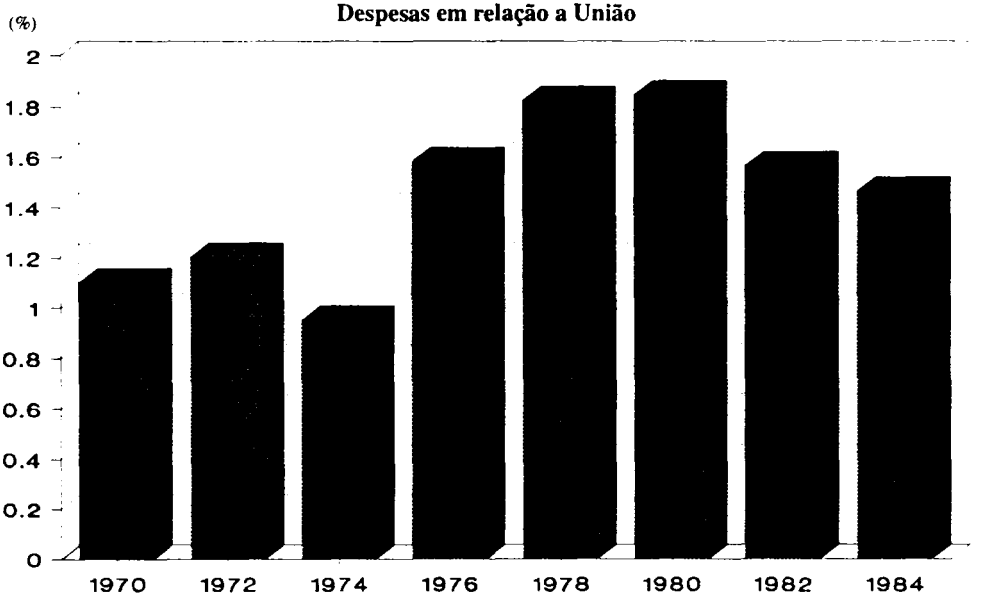
A figura 1 mostra a pequena importância do Ministério da Saúde em termos de despesas em saúde no período de 1970 a 1984. Por outro lado, na figura 2 torna-se evidente o pequeno peso das despesas em saúde no Brasil; em programas setoriais importantes como: alimentação e nutrição, serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis, produtos profiláticos e terapêuticos e outros.

No estado de São Paulo, economicamente mais forte, a Saúde Pública sofreu um desenvolvimento diferenciado do resto do País, devido à atuação de sua Secretaria do Estado da Saúde a partir da década de 70, provocando a diferenciação do modelo, através da disseminação de centros de saúde nos municípios mantendo, entretanto, os fundamentos do modelo centrado nas três linhas de ação

[1] Costa, N. R. *Lutas urbanas e controle sanitário*: origem das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1985; Singer, R.; Campos, O. & Oliveira, E. M. *Prevenir e curar*: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

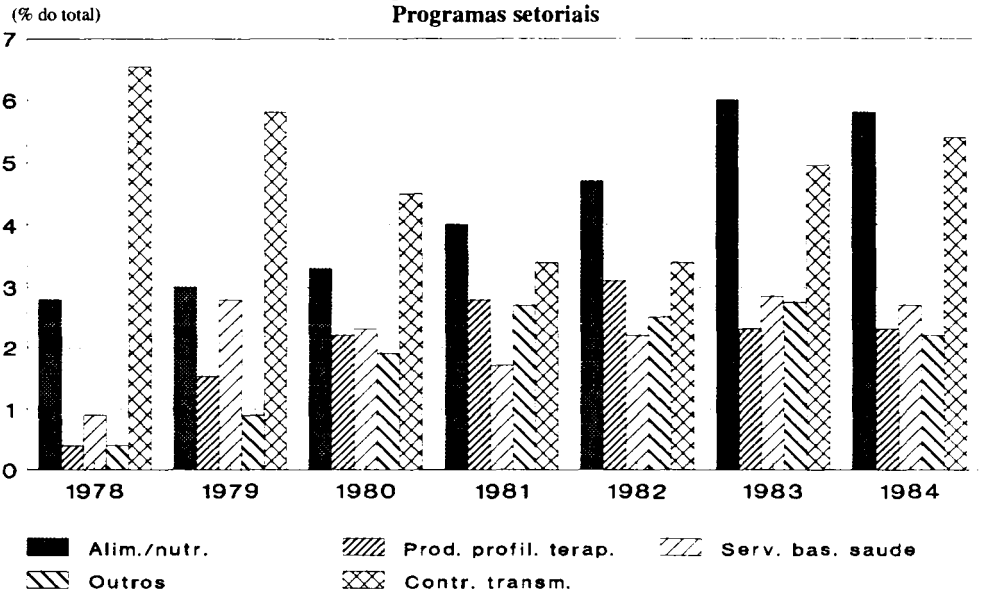
[2] Braga, J. C. S. & Paula, S.G. *Saúde e previdência*: estudos de política social. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1981.

Figura 1
Ministério da Saúde – Brasil
Despesas em relação a União



Fonte: balanços gerais da União/orçamentos gerais da União

Figura 2
Despesas em saúde – Brasil
Programas setoriais



Fonte: Consolidação plurianual de programas de governo. CPCG, SER/CNRH/Iper, 1984.

referidas anteriormente, e caracterizando-se também pelo centralismo, pelo extremo burocratismo e pela setorialização e verticalização das ações.[3]

Ainda no estado de São Paulo é possível detectar atuações diferenciadas das diversas administrações que assumem o Governo, em termos de implementação desse modelo, dependendo dos objetivos políticos e sociais de seus programas.[4]

Com relação à medicina previdenciária, observa-se que seu desenvolvimento está diretamente relacionado com o Sistema Previdenciário Brasileiro (Sistema de Seguridade Social), que tem início em 1923 com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).[5]

No interior das CAPS, e posteriormente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados em 1930, a assistência médica era considerada um auxílio não obrigatório, na medida em que as instituições previdenciárias possuíam autonomia para definir seus próprios benefícios, contando com a participação de trabalhadores e empresários no seu gerenciamento.

Entretanto, muitas CAPs e IAPs optaram pela assistência médica como um benefício a ser concedido, criando esquemas próprios de concessão. Neste sentido, vale a pena ressaltar a solução encontrada pelo IAP dos industriários, que optou pela compra de serviços de terceiros como forma de prestar assistência médica aos trabalhadores do setor. Posteriormente, essa opção se tornará dominante com a unificação dos institutos, na medida em que a direção do Iapi assume a gerência do INPS.[6]

Em 1960, após várias tentativas, será aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), que institui um regime único para o sistema previdenciário através da criação, em 1967, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e da uniformização dos auxílios a todos os previdenciários.[7]

Nesse momento, a assistência médica passa a ser considerada obrigatória e é concedida a todos os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho (com contrato de trabalho e carteira assinada) e seus dependentes.

A instituição desse benefício surge, historicamente, após a montagem de um complexo hospitalar, de dimensões importantes, iniciado na década de 50 durante os anos do desenvolvimentismo e incentivado pelas facilidades financeiras criadas no período.[8]

O surgimento do INPS vem oferecer, assim, a possibilidade de se utilizar o potencial instalado no setor hospitalar privado. Nesse sentido, a "privatização" da assistência médica previdenciária torna-se uma opção política dos governos dos regimes militares pós-64, uma vez que era necessário atender aos interesses de

[3] Possas, C. *Saúde e trabalho*: a crise da Previdência Social. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

[4] Id. ibid.

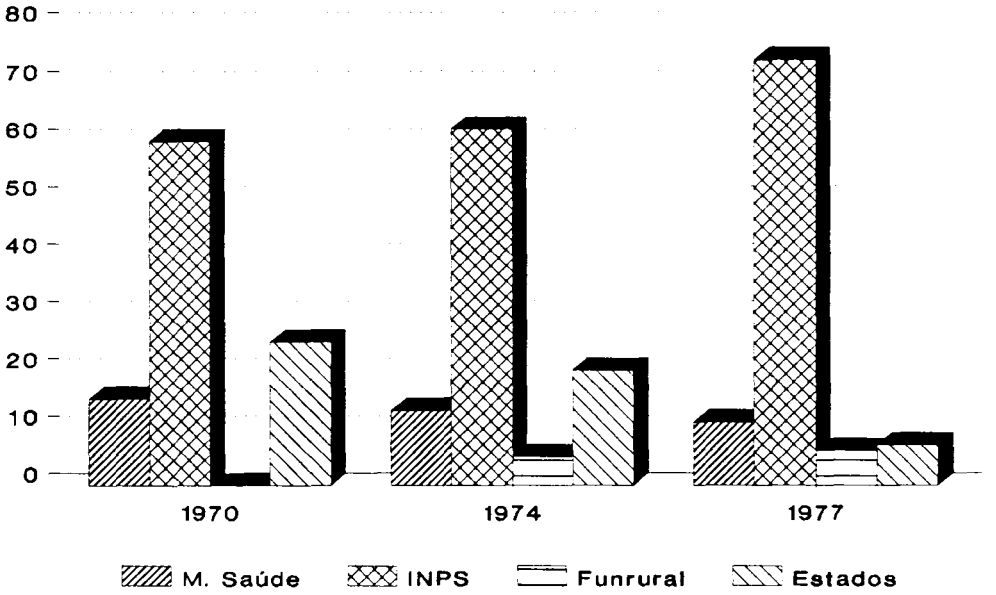
[5] Braga, J. C. S. & Paula, S. G. op. cit; Oliveira, J. A. A. & Teixeira, S. M. F. *(Im)Previdência Social*: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1986; Possas, C. op. cit.

[6] Oliveira, J. A .A. & Teixeira, S. M. F. op. cit.

[7] Id. ibid.

[8] Braga, J. C. S. & Paula, S.G. op. cit.; Oliveira, J. A. A. e Teixeira, S. M. F. op. cit; Possas, C. op. cit.

Figura 3
Gastos com saúde segundo fontes de recursos



Fonte: Possas, C. op. cit.

setores empresariais que se constituíam em importantes parceiros das elites dominantes.

Ao lado da perda de importância da Saúde Pública, assistimos ao crescimento vertiginoso da assistência médica previdenciária não só como modelo dominante de atenção à saúde, mas também pelos gastos do setor (figura 3). Para termos uma idéia resumida, enquanto o Ministério da Saúde recebia anualmente cerca de 1% do Orçamento Federal na década de 70, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974, possuía o segundo orçamento do País, suplantado apenas pelo da União, e chegou a despender cerca de 25 a 30% do montante de recursos com a assistência médica previdenciária. Do total desses gastos, quase 90% eram destinados à compra de serviços do setor privado.

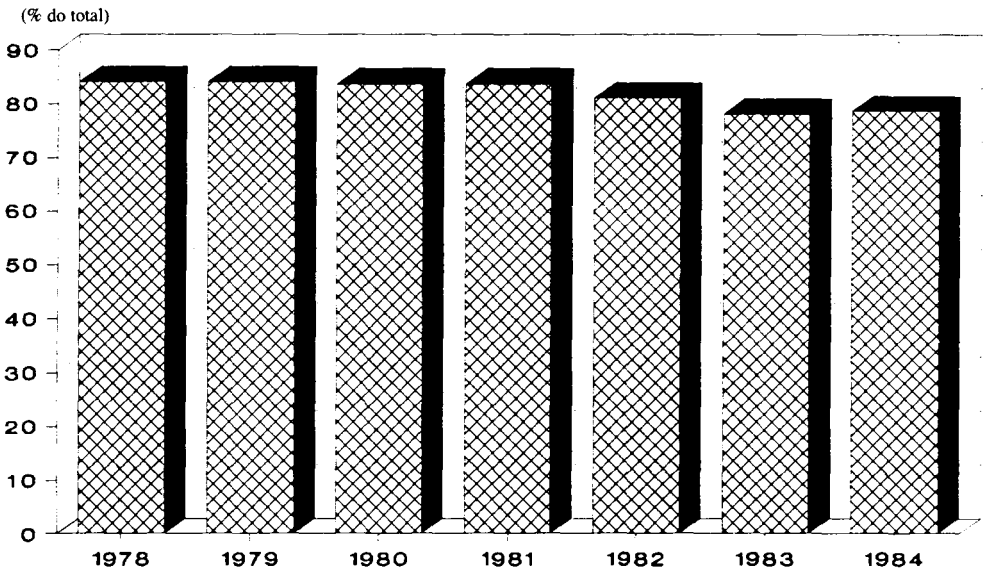
O Sistema Previdenciário Brasileiro já assinala sua crise a partir de meados da década de 70, quando o milagre econômico mostra o seu esgotamento, e na medida em que os gastos são crescentes, já que parcelas significativas da população foram sendo incorporadas ao sistema (trabalhadores domésticos, trabalhadores rurais), e foram criados também novos benefícios.[9]

O início da década de 80 irá encontrar, por um lado, instituições de saúde pública totalmente sucateadas, com parcos recursos financeiros e em número insuficiente para fazer frente aos problemas médico-sanitários que se agravam a partir do modelo

[9] Id. ibid.

econômico concentrador de renda e, por outro lado, um complexo médico-hospitalar praticamente financiado com recursos públicos, voltados à recuperação e pronta reposição da força de trabalho através do desenvolvimento de ações médicas curativas, tecnificadas, com custos crescentes, mas totalmente ineficazes. Das despesas em saúde no Brasil gastava-se mais de 80% na assistência médica hospitalar (figura 4), enquanto que o Inamps despendia mais de 50% dos seus recursos com serviços contratados (figura 5).

Figura 4
Despesas em saúde – Brasil
Assistência médico-hospitalar



Fonte: *consolidação plurianual de programas de Governo*. CPCG, SER/CNRH/Iper, 1984.

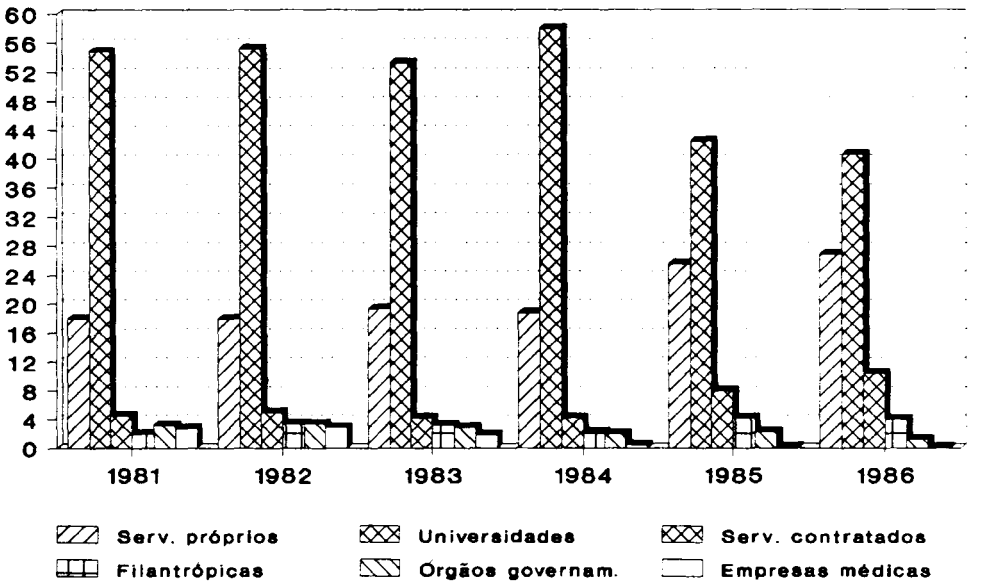
Em termos financeiros constata-se, neste momento, um déficit operacional elevado nos cofres da previdência, colocando em risco sua própria sobrevivência.[10]

Concomitante a esta situação desenvolve-se uma política de abertura lenta e gradual que provoca a emergência de novos grupos de interesse no interior do Estado brasileiro, possibilitando o questionamento da estrutura montada em décadas anteriores e fazendo emergir propostas alternativas.

Nesse contexto cria-se, em 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) como órgão do MPAS encarregado de estudar a situação do setor, e propor medidas que serão publicadas no documento Plano de

[10] Id. ibid.

Figura 5
Despesas do Inamps
Programas e atividades



Fonte: Inamps. Secretaria de Planejamento.

Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, aprovado em 1982.[11]

Esse plano lança as principais diretrizes de planejamento de uma política de saúde mais racionalizada nos seus gastos, além de propor bases e parâmetros para a reorganização do Sistema Nacional de Saúde.[12]

Neste ponto é necessário fazer uma observação com relação aos movimentos que ocorrem a nível da sociedade civil onde, há décadas, vêm se constituindo grupos técnicos, de cientistas, de acadêmicos e de diversas camadas da população que buscam alternativas a partir da crítica ao modelo dominante implantado no setor saúde.[13]

Não caberia aqui recordar esse complexo desenvolvimento, mas é importante lembrar que esses movimentos, mais recentemente reunidos sob a dominação de Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, dada a sua expressão política, são responsáveis pela efetiva implantação de projetos alternativos, além de fornecerem intelectuais que passam a assumir postos importantes dentro das estruturas

[11] Gonçalves, E. L.; Malik, A. M.; Guimarães, C.; Yunes, J. & Nicz, L. F. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo, Pioneira, 1982; Oliveira, J. A. & Teixeira, S. M. F. op. cit.

[12] Gonçalves, E. L.; Malik, A. M.; Guimarães, C.; Yunes, J. & Nicz, L. F. op. cit.

[13] Teixeira, S. M. F.; Giovanella, L.; Gerschman, S. V.; Labra, M. E. & Vatsman, J. *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1988. (Textos de apoio.)

do Estado, criando condições mínimas para a implementação de várias medidas de avanço do setor saúde.

Assim, à época da edição do Plano Conasp já encontramos centenas de projetos de medicina comunitária e de atenção primária implantados, a partir da década de 70, em inúmeros municípios do País, bem como centros de estudos, associações, publicações e mesmo Sindicatos que discutem a transformação do setor e nesse sentido atuam.[14]

O Plano Conasp expressa, portanto, a crise de liderança dos grupos empresariais da saúde, incrustados no interior do Estado e cujo projeto se havia esgotado, ou seja, não havia mais condições objetivas para continuar financiando esses grupos com recursos públicos, na forma como vinha ocorrendo.

A edição das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987, dando ênfase à construção da Rede de Unidades Básicas de Saúde e à descentralização político-administrativa, e financeira, expressa um avanço do Movimento da Reforma Sanitária e o deslocamento dos interesses privatizantes de décadas anteriores.

Entretanto, sem significar um rompimento do pacto estabelecido pelos governos militares, tornava-se necessário estabelecer, no setor saúde, um novo pacto que contemplasse as forças emergentes da sociedade. Este sentido torna-se mais claro com a Assembléia Constituinte e com a VIII Conferência Nacional de Saúde,[15] quando o Movimento da Reforma Sanitária consegue articular, para a área, um projeto que, em grande parte, passa a ser incorporado à nova Constituição.[16]

A Constituição Federal e, mais recentemente, as constituições estaduais, as leis orgânicas municipais e a Lei Orgânica da Saúde espelham este complexo movimento da saúde, constituindo o novo arcabouço jurídico-político que deverá sustentar a organização do Sistema Nacional de Saúde.

3. *O modelo assistencial e os aspectos político-institucionais*

A política de saúde concretiza-se pela sua implementação através de instituições e serviços de saúde. Nesse sentido, caberia salientar que estes têm sido classificados de acordo com sua natureza em:

a) instituições privadas — com fins lucrativos e — sem fins lucrativos;
b) instituições públicas — federais, estaduais e municipais.

Por outro lado, essas diferentes organizações, se consideradas do ponto de vista de sua finalidade, podem constituir-se em entidades de caráter público, quando objetivam um retorno social; e em entidades de caráter privado, quando perseguem o lucro financeiro em troca de um investimento realizado. Deste modo, as

[14] Id. ibid.

[15] Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. mar. 1986. mimeogr.

[16] Rodrigues Neto, E. A saúde na nova Constituição. In: *Saúde em Debate*. Londrina, PR, Cebes, (21):34-5, jun. 1988.

instituições privadas sem fins lucrativos têm sido consideradas, em grande parte, de caráter público.

O que nos interessa analisar, dadas as concepções de saúde adotadas, é justamente as instituições de caráter público, uma vez que elas possibilitam a concretização das novas diretrizes da política de saúde. Entretanto, não devemos deixar de acompanhar o desenvolvimento do setor privado lucrativo, uma vez que ele também tem assegurado sua participação no Sistema de Saúde, mas de forma complementar, o que significa que parcelas importantes de recursos acabam sendo drenadas para esse setor.

De qualquer modo, é imprescindível ter em mente que mesmo uma entidade de caráter público pode revelar-se o seu contrário quando analisada no seu "interior", onde se expressam os verdadeiros interesses de seus segmentos.

Os planejadores do setor saúde têm chamado a atenção para a gerência dessas instituições, de modo a caracterizá-las como conservadoras, na medida em que buscam a manutenção do *status quo*, ou progressistas, quando assumem compromissos com transformações mais profundas do setor saúde.[17]

Para além dessa polaridade conservador/progressista, torna-se necessário proceder a uma análise institucional que leve em conta a prática política - que permeia a instituição - dos gerentes e dos grupos de interesse, de modo que possamos identificar o jogo de forças que caracteriza o espaço institucional. Nesse sentido, a avaliação dos atores sociais, suas concepções, seu poder de atuação, suas estratégias e seu campo de ação são elementos indispensáveis para definir o caráter efetivamente público da entidade.

Grosso modo é possível identificar alguns padrões que orientam nossa análise, mas se torna necessário um cuidado extremo ao analisarmos uma instituição real, pois as situações encontradas podem ser inúmeras e complexas.

As instituições conservadoras, que buscam a manutenção de uma dada situação, são gerenciadas de modo rígido e autoritário para impedir que outros grupos de interesse possam ascender e dirigir. Geralmente, essas entidades não trabalham o conflito; pelo contrário, ele é abafado pela rigidez e pelo autoritarismo ou então abordado de modo clientelista. Neste sentido, a instituição irá caracterizar-se pela centralização das decisões, pelo burocratismo e por atividades alienantes nos escalões subalternos que não devem pensar, mas somente obedecer a ordens e normas estabelecidas. Na maioria dessas instituições, os interesses públicos são bloqueados, ou utilizados apenas como recursos discursivos.

Esse mesmo modelo continua presente quando os interesses dominantes são implementados por uma categoria profissional, por exemplo os técnicos e médicos, no caso de instituições de saúde. Assim, é extremamente comum encontrarmos serviços de saúde de caráter público que, entretanto, servem aos interesses exclusivos das categorias profissionais, sem uma real vinculação com os problemas sanitários da população assistida.

[17] Barbosa, P. R. Gerência de serviços: competência política ou capacidade administrativa. In: *Saúde em Debate*. Londrina, PR, Cebes, (22)79-81, dez. 1988.

No outro extremo, podemos localizar as instituições preocupadas com avanços reais das condições de saúde da população, gerenciadas de forma aberta, buscando a participação e o compromisso de seus funcionários ou mesmo da população e da clientela assistida.

Essas entidades, embora possam ser consideradas democráticas, correm sérios riscos de enveredarem pelo "democratismo" e pelo "basismo", na medida em que o gerenciamento fica paralisado pelo "assembleísmo" e pelas consultas às bases. Ou seja, o gerente não possui delegação de poder para decidir, mas se transforma apenas num porta-voz de grupos que, na realidade, não possuem condições de decisão, pois em nível de informação sobre os vários escalões da instituição é, necessariamente, resumido e superficial, já que cada um gasta a maior parte da jornada de trabalho nas suas tarefas específicas e especializadas.

Isso não significa que a democratização da instituição seja impossível; pelo contrário, chama atenção para o fato de que ela é complexa e que se deve buscar constantemente meios de difusão das informações e formas coletivas de participação organizada, de modo a não criar mecanismos de falsa participação ou de expressão anárquica de conflitos que não encontram soluções e superações viáveis e criativas.

Por outro lado, democracia não significa ausência de direção, de autoridade ou de responsabilidade, nem inexistência de normas e regras, mas que estas devem mudar sempre que estiverem suplantadas pelo próprio desenvolvimento da instituição, na busca dos seus objetivos sociais.

4. O modelo assistencial e os aspectos técnicos

Em termos técnicos, isto é, das formas de composição dos recursos, dos instrumentos, das práticas e dos saberes em saúde, observamos um desenvolvimento diferenciado da Saúde Pública e da assistência médica previdenciária.

Na primeira, o objetivo central de controle de endemias e epidemias e de busca da salubridade do meio determinou uma organização técnica do trabalho centrada no combate a doenças infecto-contagiosas específicas, por um lado; no controle do meio, de estabelecimentos, logradouros e mercadorias, por outro.

Assim, a estrutura do Ministério da Saúde acabou sendo composta pela reunião de setores voltados, cada um deles, ao combate e ao controle. Nesse sentido, encontramos setores responsáveis por doenças como tuberculose, hanseníase, malária, febre amarela, doença de Chagas, esquistossomose, etc., ao lado de setores responsáveis por ações de saneamento, controle de medicamentos e produtos industrializados, etc.

Essa organização caracterizou-se, como já indicado, pelo verticalismo e setorialização, já que não existia integração entre os diversos setores, mas sim uma ação de cima para baixo — do nível federal para os níveis estadual e municipal — através da atuação direta de cada setor na sua área específica, inclusive com orçamento e recursos próprios.

Nessa estrutura, as práticas dos profissionais embasavam-se no binômio controle-combate, numa alusão à prática militarista, ou seja, os doentes neces-

sitavam ser detectados, isolados e controlados pelo exército dos profissionais de saúde, para impedir a disseminação da doença. Não há, nesta concepção, a incorporação da noção de saúde como resultante das condições de vida e trabalho determinadas por um específico modo de organização social.

Mesmo as práticas de educação em saúde e de programações voltadas a populações de risco, que serão incorporadas pela Saúde Pública a partir da década de 70, trazem essas mesmas concepções para o campo da prevenção, na medida em que se pretende "educar" e modificar as atitudes higiênicas, alimentares e de vida de populações pobres por se acreditar que a culpa cabe à ignorância e à desinformação dos indivíduos e não ao modelo de sociedade.

O tipo de organização de serviços mais elaborado e que irá representar este modelo será constituído pelo Centro de Saúde, como uma instância local por onde os vários setores, verticalizados, atuarão.

Quanto à assistência médica previdenciária, seus objetivos de pronta recuperação da força de trabalho levou-a a organizar-se com base nas especialidades médicas, uma vez que cada uma delas aborda doenças específicas e desenvolve tratamentos especializados e "eficazes".

Nesse caso, também observamos a setorialização na medida em que cada especialidade atua de modo independente e com seus próprios recursos, instrumentos, saberes e práticas. Não existe, do mesmo modo, a visão integral do indivíduo inserido numa determinada sociedade, mas apenas um órgão ou segmento corporal afetado que deve ser rapidamente restabelecido.

A estrutura organizada a partir do INPS baseia-se no tipo de serviço a ser utilizado pelos previdenciários: ambulatórios, hospitais, pronto-socorros, serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico. Deste modo, o INPS irá criar agências estaduais e locais responsáveis pela organização da oferta de serviços aos segurados da sua região.

Esta oferta será composta por serviços próprios, minoritários, e serviços contratados de terceiros. Na maioria das vezes, os serviços próprios são organizados em Postos de Assistência Médica (PAMs) que funcionam como um agregado de clínicas de especialidades (cardiologia, neurologia, ginecologia, oftalmologia, pediatria, etc.) oferecendo, às vezes, alguns serviços de retaguarda laboratorial (radiografia, patologia clínica, etc.).

Historicamente, todos conhecemos a caricatura desse tipo de atendimento: filas imensas, longas esperas, atendimento médico realizado em poucos minutos e do tipo queixa/conduta, dificuldades imensas na realização de exames complementares e na obtenção de medicamentos e de internações.

No entanto, a grande maioria dos previdenciários será atendida por hospitais conveniados e contratados, por consultórios credenciados e por laboratórios que vendem serviços ao INPS.

O modelo que representa melhor a assistência médica previdenciária é o denominado complexo médico-hospitalar, crescentemente especializado, tecnificado e de altos custos operacionais, que centraliza ambulatórios de especialidades, enfermarias, centros cirúrgicos, procedimentos tecnicamente sofisticados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Esta centralização não significa facilidade de acesso mas, principalmente, racionalidade de custos e de utilização pela categoria médica, ou seja, na medida em que a medicina especializada se desenvolve, torna-se difícil, ao produtor isolado (médico), arcar com os custos de instrumentos e instalações, o que é viabilizado pela organização de centros especializados que concentram recursos a serem utilizados por grupos médicos.

Ao lado desses dois modelos dominantes observa-se um conjunto de propostas alternativas implementadas principalmente pelos governos municipais e que se pautaram nas concepções da medicina voluntária, num primeiro momento e, posteriormente, na Filosofia dos Cuidados Primários à Saúde.

Na realidade, os municípios que em décadas anteriores buscavam investir no setor saúde através da implantação dos serviços hospitalares, principalmente através da organização de "prontos-socorros", viram frustradas suas intenções com a crise crescente da saúde a partir de meados da década de 70. A partir daí, a proposta de disseminação de unidades básicas de saúde configurou-se como mais factível em termos político-financeiros.

Cria-se, desse modo, um terceiro modelo representado por postos e centros de saúde que absorvem algumas das características dos dois modelos anteriores dentro de uma visão extremamente racionalizadora de recursos e tentando responder às pressões da comunidade com uma baixa qualidade dos serviços oferecidos.

Nesse sentido, os postos e centros de saúde municipais irão caracterizar-se por:
- predominância do pronto-atendimento em detrimento dos programas de saúde e da consulta médica clínica;
- utilização de trabalhadores de baixa qualificação e formação, principalmente pessoal de enfermagem;
- baixa remuneração dos profissionais;
- inadequação de espaço físico e de tecnologia empregada;
- restrita retaguarda de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
- falta de acesso a outros níveis mais complexos de atenção à saúde;
- estrutura administrativa e gerencial baseada apenas no provimento de recursos humanos e materiais, insuficientes.

O Plano Conasp, ao assumir como discurso oficial o modelo descentralizado, regionalizado e hierarquizado, irá propor a implantação de um sistema onde os três modelos anteriores se integram através da constituição de níveis de complexidade das ações de saúde, tendo como base a Rede de Unidades Básicas de Saúde composta pelos centros de saúde do modelo da Saúde Pública e os centros de saúde criados pelos municípios.

Com as AIS, e posteriormente com o Suds, esse modelo pretende ser implementado com a criação dos órgãos colegiados (Comissão Interinstitucional de Saúde — CIS, em nível estadual; Comissão Regional Interinstitucional de Saúde - Cris, em nível regional do estado; Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde — Cims, em nível municipal; Comissão Local Interinstitucional de Saúde — Clis, em nível local, referindo-se a uma região do município ou conjunto de municípios) e a transferência de responsabilidade entre as três esferas de governo,

que historicamente haviam construído modelos extremamente diferenciados em termos de organização de serviços de saúde.

Por outro lado, todo esse processo de "descentralização integradora" é incompleto, visto que, nas diferentes instâncias do governo, ainda se mantêm centralizadas as decisões sobre setores específicos mas estratégicos, como, no caso dos recursos financeiros, o da definição de tabelas de pagamento por procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelos diferentes serviços, o dos parâmetros de cobertura e o dos critérios de planejamento do sistema.

5. *As diretrizes atuais da política nacional de saúde*

O arcabouço jurídico e político, hoje inserido na Constituição Federal, nas Constituições Estaduais e nas leis orgânicas municipais e na Lei Orgânica da Saúde,[18] estabelece inúmeras diretrizes, resumidas a seguir, a partir das quais é possível pensar propostas de planejamento e gerenciamento em saúde. Tais diretrizes dizem respeito a:

a) saúde como direito da cidadania e dever do Estado;

b) organização de um sistema único de saúde, o SUS constituído pelas instituições públicas e pelo setor privado conveniado ou contratado;

c) organização do SUS com base em:

- regionalização
- hierarquização
- universalidade do atendimento
- eqüidade de acesso
- atenção integral à saúde
- integração de práticas preventivas, curativas e, de reabilitação
- integração com outras políticas sociais que visem a melhoria das condições de vida e saúde

d) gerenciamento do SUS de forma única em cada esfera do governo, com competências estabelecidas em lei:

- União (Ministério da Saúde)
- Estados (Secretarias Estaduais de Saúde)
- Municípios (Secretarias Municipais de Saúde ou órgão equivalente);

e) financiamento do SUS com recursos da seguridade social e outras fontes e estabelecimento de critérios técnicos epidemiológicos e populacionais, para repasse, aos Estados e Municípios, de recursos financeiros que deverão constituir fundos únicos de Saúde e ser movimentados sob fiscalização dos Conselhos de Saúde nas respectivas esferas de governo;

f) o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local ao nível federal. Os planos de saúde devem ser a base das atividades e programação em cada nível e seu financiamento deve ser previsto na proposta orçamentária;

[18] Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. In: *Saúde em Debate*, Londrina, PR, Editora Cebes, (30)15-20, dez. 1990.

g) Os serviços de saúde dos hospitais universitários e do ensino integram-se ao SUS mediante convênio, preservada sua autonomia.

A partir dessas diretrizes torna-se óbvio que o modelo assistencial anterior deverá ser repensado. Neste sentido, uma primeira medida, já efetivada pelo atual Governo Federal, diz respeito à unificação de Saúde Pública e assistência médica previdenciária, através da incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde.

Um segundo acontecimento importante foi a aprovação da própria Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, regula as ações e serviços de saúde e caracteriza o Sistema Único de Saúde.

Após esses dois passos fundamentais, foram publicadas inúmeras portarias e resoluções do Ministério da Saúde e do Inamps no sentido de dar operacionalidade à Lei Orgânica da Saúde.[19] Entretanto, este conjunto de medidas do atual Governo Federal aponta para um determinado projeto de saúde, esboçado adiante:

a) apesar da incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde, não houve a integração entre Saúde Pública e assistência médica individual, pois o Inamps continua desfrutando grande autonomia, inclusive com orçamento próprio oriundo de recursos da seguridade social (INSS) e financiando basicamente a Assistência Médica Individual;

b) paralelamente, as últimas resoluções e portarias do Ministério da Saúde e do Inamps, a partir de janeiro de 1991, criam várias distorções:[20]

– as portarias referem-se apenas aos recursos do Inamps e, portanto, não levam em conta a constituição do Fundo Nacional de Saúde, no qual os recursos do Inamps participam como uma das parcelas, junto aos recursos fiscais do próprio Ministério da Saúde e de outros fundos;

– o pagamento direto, por produtividade, aos prestadores de serviços, a nível dos municípios e dos estados, comprometendo a autonomia da gestão local;

– as medidas praticamente ignoram os serviços de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, dada a forma de remuneração;

– o privilegiamento de atos com alta densidade tecnológica e hospitalar podem induzir a graves distorções na assistência à saúde;

– falta explicitação, pelo Ministério da Saúde, das regras referentes a: transferências de recursos para investimento nos estados e municípios; custeio de programas especiais (Sucam, Fundação Sesp, campanhas, etc.) e recursos para desenvolvimento de pessoal e para Ciência e Tecnologia;

– vinculação dos hospitais universitários de alta tecnologia diretamente ao Ministério da Saúde, dificultando a interferência dos níveis estaduais e municipais nesses serviços;

c) a participação de recursos federais e estaduais, a nível dos municípios, tem sofrido um decréscimo que se acentua com as novas formas de pagamento, obrigando as

[19] Ministério da Saúde. Portarias n. 15, 16, 17, 18, 19 e 20, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. In: *Saúde em Debate*. Londrina, PR, Cebes, (31):5-6, mar. 1991.

[20] Cordeiro, H. Controvérsias no Financiamento do SUS. In: *Saúde em Debate*, Londrina, PR, Cebes, (31):19-24, mar. 1991.

prefeituras municipais a arcarem com cerca de 70% do custeio dos serviços municipais, o que tem representado mais de 10% de seus orçamentos;
d) os hospitais privados lucrativos têm se retirado paulatinamente do Sistema de Saúde, enquanto que os hospitais filantrópicos têm convivido com extremas dificuldades financeiras, o que os levam a diminuir o número de leitos oferecidos ao sistema.

No conjunto, observa-se um quadro de escassez de recursos, falta de investimentos, redução de leitos e de atendimentos e retração do "bolo" de recursos para a saúde, se comparado com o início da década de 80.

Ao lado disso, ocorre um processo de "recentralização" que fere os preceitos legais de descentralização político-administrativa dos estados e municípios, levando a um retrocesso com relação ao projeto Suds, implementado no Governo Sarney, o qual: descentralizara os recursos para pagamento de atividades ambulatoriais; vinha discutindo a descentralização da Autorização de Internação Hospitalar (AIH); implantara uma sistemática de pagamento por teto global, rompendo com a filosofia de "pagamento por produtividade"; e descentralizara o comando político-administrativo para os estados.

Nesse sentido, além de observar as diretrizes expressas no novo arcabouço jurídico-político do setor saúde, torna-se necessário avaliar permanentemente as práticas político-institucionais no momento de implantação de determinado modelo assistencial, nos níveis federal, estadual e municipal.

Diante do quadro assinalado, o modelo assistencial a ser construído deve necessariamente conter estratégias políticas que possibilitem:

– o cumprimento da Constituição Federal, das Constituições Estaduais, das leis orgânicas Municipais e da Lei Orgânica da Saúde;
– o cumprimento especialmente do art. 35 da Lei Orgânica da Saúde, que prevê que o município deve ser gestor do sistema local de saúde com autonomia político-financeira;
– o gerenciamento do sistema de saúde com a participação dos usuários, dos técnicos e dos prestadores de serviços de forma realmente democrática e não clientelística;
– o aumento do volume de recursos aplicados à saúde pelas três esferas de Governo;
– o compromisso das instituições integradas ao Sistema de Saúde, com a melhoria de saúde das populações;
– a participação ampla da sociedade no controle e avaliação dos gastos e dos serviços oferecidos.

Enquanto modelo técnico, é preciso suplantar o isolamento entre centros de saúde "municipalizados", pertencentes ao antigo esquema das secretarias estaduais de saúde ou do Ministério da Saúde, centros de saúde municipais, serviços ambulatoriais — aí incluídos os dos PAMs do Inamps — e serviços hospitalares próprios ou contratados, buscando a constituição de um modelo integrado. Nesse sentido, torna-se imprescindível que os conselhos de saúde assumam a condução da construção do Sistema Único de Saúde e definam estratégias relativas a:

– implantação de sistema de informação que possibilite a detecção permanente dos problemas de saúde, o acompanhamento e avaliação dos serviços, e o controle dos recursos alocados;

– estabelecimento, nos planos municipais, estaduais e federal, de diretrizes e prioridades que venham ao encontro da resolução dos problemas de saúde da população;
– distribuição de responsabilidades entre serviços e instituições integrantes do Sistema Único de Saúde, incluindo o acompanhamento sistemático no seu cumprimento;
– defesa intransigente da autonomia dos conselhos de saúde, evitando a sua partidarização e/ou cooptação pelas instituições de saúde, vinculando-os aos interesses da população;
– construção de uma infra-estrutura adequada ao funcionamento dos conselhos de saúde;
– articulação dos conselhos de saúde dos três níveis de governo, bem como entre estes e as organizações da sociedade civil, buscando a democratização e a participação crescentes.