

O CONTEXTO INSTITUCIONAL E OPERACIONAL DO SETOR SAÚDE E SUA RELEVÂNCIA PARA O SUDS*

Aluizio Loureiro Pinto**
Wanderlei Garcia Donini***

1. Introdução; 2. O estado da arte institucional do setor; 3. Desafios e estratégias alternativas de sobrevivência do setor e institucionalização do Suds; 4. Conclusão.

Descrição e interpretação das variáveis essenciais que circunscrevem o setor Saúde. Setor Saúde integrado por instituições públicas e privadas, não se confundindo com estruturas governamentais formais adotadas para realizar funções de atendimento à saúde. O mesmo é aplicável ao setor privado. O Suds no conjunto de estruturas organizacionais e políticas atuais do setor. Implantação e perenização do processo de descentralização pretendido pela reforma sanitária.

Palavras-chave:

Análise do setor Saúde; desenvolvimento institucional/ fragilidade histórica; reforma sanitária; unificação institucional; descentralização dos serviços de saúde; administração-organização e objetivos do setor; desafios/estratégias de institucionalização.

1. Introdução

As análises sobre o setor Saúde no contexto das políticas sociais têm-se concentrado, historicamente, na sua irrelevância ponderal na escala dos dispêndios públicos.

Do ponto de vista puramente estatístico, essa afirmativa pode ser facilmente verificada na posição relativa do setor Saúde no conjunto de funções e programas em todos os orçamentos públicos dos três níveis de Governo, desde a década de 30.

* Trabalho realizado em mar. e abr. de 1988 para subsidiar discussões, na área de saúde pública, relativas a assuntos de interesse de especialistas do setor e de congressistas responsáveis pela elaboração da Constituição Federal.

** Ph. D pela University of Southern California; ex-professor na EBAP/FGV e na UnB; ex-coordenador do Centro de Pesquisas Sociais e Administrativas da EBAP. Atualmente, consultor autônomo. (Endereço: Rua Coelho Neto, 70/401 — 22231 — Laranjeiras — Rio de Janeiro, RJ.)

*** Administrador e economista; mestrando em Administração Pública pela EBAP/FGV; ex-professor na Universidade Federal do Paraná; ex-coordenador de Planejamento na Fundação Oswaldo Cruz; ex-assessor técnico no Ministério da Saúde; técnico da Superintendência de Planejamento da Fiocruz. (Endereço: Av. Brasil, 4365 — 21040 — Manguinhos — Rio de Janeiro, RJ.)

O enfoque das deficiências do setor, a partir da pauta de prioridades, conduz a quatro conclusões fáticas: a) a política social brasileira tem sido, historicamente, marcada pela compartimentalização intra e interinstitucional; b) há uma estreita correlação entre baixos dispêndios e indicadores sanitários alarmantes; c) o Poder Público tem sido secularmente indiferente aos problemas sanitários da população precisamente porque a massa de recursos disponíveis para cumprir suas múltiplas funções é insuficiente para realizar ações acima do metabolismo basal para operar uma singela burocracia responsável pelos serviços de saúde; d) o desempenho gerencial do setor não tem sido exemplar no gasto tempestivo dos recursos que lhe são alocados, faltando-lhe, portanto, historicamente, competência técnico-administrativa e gerencial.

A sinergia de todo esse processo resulta num estado de acelerada entropia do Sistema Nacional de Saúde, que se expressa no desperdício de recursos e energias; na precária eficácia social dos programas e projetos; e na baixa capacidade resolutive dos serviços de saúde.

Ideologicamente, entretanto, essas conclusões têm ensejado interpretações diversas. Alguns as consideram como resultado de um modelo econômico perverso onde a lógica privada, insinuante até mesmo no âmbito dos decisores públicos, desprivilegiou sistematicamente o social. Outros contrapõem a essa racionalidade, muitas vezes associada a interpretações de natureza marxista, análise que aponta a existência de uma cultura administrativa pública caracterizada pelo desinteresse quanto às ações que não resultem em dividendos políticos imediatos para as elites dirigentes, isto é, não se evidenciam em empreendimentos conspícuos. Essa desorganização dos indivíduos e grupos imersos na pobreza absoluta, aos quais se destinariam os serviços de saúde, não lhes teria permitido pressionar o Poder Público para transformá-los em prioridade.

Qualquer que seja a leitura interpretativa das estatísticas, parece evidente a fragilidade institucional histórica do setor, a julgar-se seu desenvolvimento no contexto da Administração Pública brasileira.

Sem recuar demasiadamente no tempo, vê-se que no nível federal a saúde só ascendeu ao plano ministerial com a Revolução de 30, quando um projeto de reforma administrativa acoplou-a ao Ministério da Educação, o qual passou a denominar-se Ministério de Educação e Saúde. Na distribuição de trabalho entre essas duas funções, entretanto, as atividades de saúde não apresentavam grande ponderação, uma vez que a porção responsável pela educação era de prioridade essencial para um Governo que via na indexação burocrática da vasta e ubíqua malha de escolas uma forma de atingir capilarmente a população em seus programas de propaganda e mobilização popular. E pelas meritorias políticas de educação sanitária, assistência médico-odontológica e de suplementação alimentar, o Governo congelava o tamanho do setor Saúde e introduzia a sutil separação entre medicina preventiva e curativa.

O nanismo institucional do setor Saúde era agravado, também, pelo modelo de concessão dos serviços públicos, donde sobressaíam águas e esgotos, teoricamente integrantes das atividades sanitárias de responsabilidade do Poder Público.

Mesmo com a autonomização da área da Saúde em um ministério próprio, em 1953, o setor continuou a caracterizar-se por baixa prioridade e ineficiência operacional, sendo correspondido pelos indicadores sócio-sanitários típicos de país terceiro-mundista.

Nos dias atuais, a situação institucional e financeira do setor continua praticamente estabilizada em níveis insatisfatórios, a despeito do revigoramento tópico trazido pelo Inamps e materializado no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). A precariedade apontada alimenta, por sua vez, a fixação de uma imagem negativa para os administradores sanitários, já que a pobreza de seu desempenho reforça o estereótipo de que o setor gasta mal, é incompetente e, portanto, é inútil dotá-lo de maiores recursos.

Desafortunadamente, o setor Saúde padece de todos os males referidos e de mais alguns. Dentre os adicionais, está a indefinição de suas fronteiras, a sua pouca organização política, a falta de tradição administrativa e gerencial e a anacrônica organização de suas entidades.

A institucionalização do Suds, na extensão e profundidade pretendidas pelos responsáveis pela reforma sanitária, torna-se um processo difícil, cuja condução requer boa dose de reflexão histórica e apuradas formulações estratégicas, embora doutrinariamente seu estado ideal tenha sido claramente formulado e entendido. O desafio reside, precisamente, em concretizar esse estado ideal a partir de um estado quase surreal, para não dizer quase de "caos", em que se encontra atualmente o setor.

2. O estado da arte institucional do setor

2.1 Alguns marcos históricos e iniciativas de institucionalização

Ainda que não tenha dado muita ênfase prática à eliminação das causas dos chocantes indicadores sanitários do País, o regime estado-novista de Vargas procurou, quase ao final de sua vigência, instituir um Sistema Unificado de Saúde, parametrizado pelas definições impostas a partir do Governo central.

Com os afazeres da redemocratização, os segmentos articulados da sociedade brasileira dedicaram sua principal atenção à construção de instituições políticas e à fixação de metas econômicas para a industrialização do País no pós-guerra. Mesmo quando, sob a influência da assistência técnica norte-americana, inspirada no Plano Marshall, o Governo Dutra patrocinou o Plano Salte (saúde, alimentação, transporte e energia), aprovado pelo Congresso em votação suprapartidária, pouco se fez para viabilizar a metade da sigla. Saúde e alimentação praticamente nada receberam em termos de recursos, antes mesmo da liquidação do Plano, determinada por Getúlio Vargas no seu retorno, pela via eleitoral, em 1951.

Literalmente excluído do Programa de Metas do Governo Kubitschek, o Ministério da Saúde tinha a apresentar como grandes realizações, ao final de sua administração, o sal iodado, a ser distribuído nas zonas de bócio endêmico, e o sal cloroquinado, destinado às zonas maláricas.

Sem grande expressão institucional e financeira, quando exclusivamente polarizado pelo ministério próprio, o setor Saúde começou a experimentar algumas

alterações com o crescimento do sistema previdenciário, iniciado com mais vigor na década de 50, que passou a suprir sua clientela específica com assistência médica, através de rede hospitalar e ambulatorial própria. Essa intrusão, além de ampliar as fronteiras conceituais do setor, trouxe para a área institucional polarizada pelo Ministério da Saúde a divisão do comando e o desequilíbrio dos recursos.

A partir daí, os vários regimes que se seguiram ao movimento de 1964, os chamados períodos autoritários, procuraram adotar planos nacionais de saúde, definir claramente a jurisdição dos vários órgãos e entidades atuantes no setor e, quando necessário, promover sua integração por via de vários conselhos, esforços nem sempre bem-sucedidos na prática.

No fundo, essas medidas formais, ao ampliarem o conteúdo conceitual do setor, alargavam-lhe as fronteiras institucionais e deixavam a estrutura específica — o Ministério da Saúde — em posição cada vez mais ambígua e mais frágil. Ambígua porque passaram a integrar o conceito de saúde o saneamento básico, habitação, ciência e tecnologia, ecologia e o hábitat industrial. Frágil, porque algumas dessas atividades possuíam formas jurídicas quase-empresariais e fontes próprias de recursos, enquanto o Ministério continuava a operar com as históricas restrições orçamentárias e seus entes da Administração Indireta, Central de Medicamentos (Ceme), Fundação Sesp, e Fiocruz e Sucam contavam, basicamente, com repasses do Tesouro para cumprir suas finalidades. Mesmo na sua área finalística — a atenção à saúde — o ministério passou a depender do Inamps para fazer seus fracos estímulos chegarem aos extremos da rede capilar de serviços que originariamente estimulou.

Para os estados e municípios, os marcos históricos tiveram conseqüências ambíguas ou desconhecidas. Alguns estados, acostumados com a simetria e a “complementaridade”, adotaram modelos interdisciplinares do tipo descrito. Pela falta de espaço, juntaram saúde e bem-estar ou saúde e promoção social, ou saúde e meio ambiente, criando uma estrutura formal e conflituosa, incapaz de resolver suas amplas incumbências.

Evidências mais minuciosas dos pontos centrais do processo evolutivo do setor serão expostas nos tópicos que se seguem.

2.2 Situação institucional do nível federal

Ao longo do processo de desenvolvimento do setor Saúde federal, dois eventos destacam-se por sua positividade: a recuperação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a criação do Suds, através do Decreto nº 94.677, de 20 de julho de 1987.

Depois de décadas de abandono, o Governo Geisel resolveu investir maciçamente na recuperação da Fiocruz, modernizando suas instalações, adicionando-lhe novos centros de pesquisa e desenvolvimento tecnológico e ampliando o contingente de seus recursos humanos estratégicos. Transformada em entidade de ponta para a pesquisa científica, o desenvolvimento tecnológico, produção de medicamentos e imunobiológicos e para o controle de qualidade de bens produzidos e comercializados pelo setor privado, a Fiocruz recuperou e incrementou as diversas funções que o ministério gradualmente perdera ou deixara de assumir ao longo do tempo.

Nesse sentido, merecem destaque os programas formulados pela Fiocruz no início da década de 80 — Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue); Programa Nacional de Auto-Suficiência de Imunobiológicos (Pró-Imuno); Programa Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (Pró-Control); Programa Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Pró-Fármaco e Pronitox) — e que até hoje constituem esteio programático nas ações do Ministério da Saúde.

Revigorada, com abundantes fontes de financiamento e imagem institucional positiva, a Fiocruz constituiu-se no mecanismo de articulação ambiental de natureza cosmopolita de que o ministério carecia, já que a Fundação Serviço de Saúde Pública (Sesp), a Sucam, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) e a Ceme possuíam missões excessivamente executivas e específicas para cumprir tal missão.

A materialização das Ações Integradas de Saúde (AIS), empreendidas a partir de esforços de cooperação interministerial com as áreas do trabalho, educação e previdência, na aprovação do Suds, criou as precondições indispensáveis à formação de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde, mandatório para o setor público e normativo para o setor privado. A clara definição de níveis de competência entre a União, os estados e municípios, as esferas de acoplamento e complementação de atuação e a desconcentração de recursos para a periferia do conjunto trouxeram elevadas expectativas de racionalidade para as ações de saúde e o resgate do setor.

Infelizmente, não obstante os eventos positivos registrados, o setor Saúde continua a apresentar deficiências, cuja superação será demorada e dependerá de decisões firmes e ações persistentes de mudança.

No cerne das deficiências do setor não está somente a carência de recursos, mas a má alocação dos recursos totais, resultante do condomínio de poder exercido pelas várias instituições que atuam em sua área funcional. Ademais, a falta de uma estrutura funcional-programática integrada que estabeleça, claramente, objetivos, metas, unidades de custos e rendimentos operacionais não permite a definição adequada de um sistema de acompanhamento e avaliação de resultados tornando, de um lado, ineficiente o modelo gerencial e, de outro, reforçando ainda mais a compartimentalização do setor. Não fora essa fragmentação e os recursos destinados à Saúde, do ponto de vista exclusivamente assistencial, poderiam ser adequados e administrados com unidade. Entretanto, como cada um desses sistemas é responsável por outras atividades não exclusivamente relacionadas com o setor, o conjunto de restrições que eventualmente os atinja individualmente reflete-se pelo conjunto.

Contextualmente, por exemplo, o Ministério da Educação participa do setor Saúde através de intrusões nas áreas de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços. Algumas dessas atividades são realizadas por meio de normas baixadas pelo Conselho Federal de Educação e pelo sistema universitário, com diferentes culturas e dinâmicas, além de serem diferentes os objetivos que os dois conjuntos perseguem individualmente. Dentro da própria universidade, a pesquisa, o ensino e a prestação de serviços podem estar centralizados em estruturas próprias (por exemplo: hospitais universitários, centros de pesquisas, etc.) e apresentar escalas variadas de prestígio, onde o ensino tenha prioridade sobre a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e a prestação de serviços. Quando esse escalonamento é traduzido em recursos e prioridades, sua concentração ocorrerá no ensino,

e na subescala de prioridades dentro deste, a área da saúde pode ainda ser discriminada.

É precisamente em função da situação descrita que muitos hospitais universitários permanecem fechados, subutilizados ou em franca degradação. Não obstante, o Ministério da Educação, na Comissão Interministerial de Planejamento — Ciplan (Ministérios da Saúde, Previdência, Educação e Trabalho) e nas Comissões Inter-institucionais de Saúde (CIS), possui o mesmo poder de formulação de políticas e decisões que o Ministério da Saúde e o Inamps, mesmo que contribua muito pouco para o setor.

Ademais, na medida em que os recursos destinados às universidades dirigem-se, fundamentalmente, para o pagamento de pessoal, outras atividades tangenciais à saúde, como é o caso da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico, ficam prejudicadas.

Outras intrusões são também relevantes, como é o caso do saneamento, onde o Ministério da Saúde exerce pequena ação através da Fundação Sesp, sendo condômino do poder exercido na área pelo Ministério do Desenvolvimento Urbano (MDU) e pela Secretaria de Planejamento (Seplan), através de fundos especiais.

No todo, o que se verifica, a despeito da proposta de unificação feita na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1985), e seguida pelo decreto de criação do Suds, é que a adoção de um mecanismo com unidade de comando e direção no setor é difícil. Os parceiros possuem graus diferentes de prestígio (técnico, político, etc.) interesses, responsabilidade, abrangência e recursos. Do conjunto, o único parceiro com fontes firmes de financiamento, até o momento, é o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Inamps. Os demais dependem do Tesouro Nacional e do jogo de forças que condicionam a alocação dos recursos no Orçamento Geral da União.

Salvo melhor juízo, há que se considerar ainda as definições que poderão ocorrer no âmbito da Constituinte, relativamente à criação de outras fontes de recursos que integrarão o chamado Orçamento da Seguridade Social.

Rigorosamente, o setor Saúde, em termos de fonte de financiamento, encontra-se diante de uma enorme "caixa-preta". Seus administradores não dispõem ainda de uma definição mais precisa sobre a instrumentalidade de gestão econômico-financeira e contábil que deverão operar em face da implantação do novo modelo.

Esta indefinição e a não-concepção (dentro do modelo) de tecnologias administrativas e gerenciais poderão comprometer seriamente a implantação do Suds e seus sucedâneos.

2.3 Situação institucional do nível estadual

A julgar-se pelas estatísticas frias das alocações orçamentárias, à exceção de São Paulo, que possui razoáveis recursos para aplicar no setor, os demais enfrentam dificuldades sérias de financiamento de suas redes de atendimento à saúde.

Não fossem os mecanismos de co-gestão, AIS e agora Suds, razoavelmente providos de recursos oriundos do Inamps, os órgãos e entidades integrantes do setor teriam dificuldades de operar com recursos do próprio Estado. Como são inexpres-

sivas as transferências constitucionais da União para a saúde, os estados têm que retirar seu sustento do ICM, um tributo lábil, condicionado excessivamente pela conjuntura e agravado pela pouca vontade política de cobrá-lo. Entretanto, na medida em que a arrecadação que se origina desse imposto é quase toda dirigida para o pagamento de pessoal, pouco resta para manter os dispendiosos serviços de saúde.

Como reflexo dessa situação, a maioria dos estados tem adotado medidas de restrição de contratação de pessoal, além de confrontar-se a todo momento, com greves para aumentos salariais, dado que a isonomia intra e intergovernamental é uma das recomendações propostas pela Reforma Sanitária.

O Suds, por sua vez, ao transferir recursos substanciais para os estados, causou, involuntariamente, em alguns deles, a redução dos recursos do Tesouro, já pequenos e relutantemente repassados para o setor. Embora alguns desses recursos transferidos requeiram contrapartida do Estado, o pequeno aporte e a restrição de expansão de serviços, no máximo mantêm o atendimento em níveis correntes, enquanto se degradam os serviços prestados, em termos da rede física e da qualidade, ocasionando, dessa forma, o sucateamento das unidades operacionais de saúde.

Por outro lado, os estados possuem modelos organizacionais complexos e pouco eficientes e, na maioria dos casos, mal administrados.

Refletindo, no conhecido processo de simetria, os modismos federais, alguns estados criaram secretarias e entidades que retiraram atividades essenciais do setor, como é o caso do saneamento e do meio ambiente. Outros acrescentaram às secretarias de saúde atividades de promoção social, como é o caso do Paraná e de Alagoas, fazendo convergir para elas uma clientela carente de assistencialismo imediato sem qualquer ligação com o atendimento médico. Com denominação de Secretaria de Saúde e Serviço Social ou Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social, o titular da Pasta responde pela rede de saúde e pela concessão de passagens de ônibus e mantimentos para a população marginal da periferia ou oriunda dos processos migratórios do interior para a capital.

Ainda que pareça irrelevante, o modelo organizacional adotado é importante para a boa gestão do setor ainda em outros aspectos. No caso de Alagoas, por exemplo, não bastasse a fusão das atividades aparentemente antitéticas já mencionadas, o setor Saúde está organizacionalmente dividido com a Casa Civil, à qual está vinculada a Fundação Lamenha Filho, responsável pela Faculdade de Ciências Médicas, o Hospital de Pronto Socorro e pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de Alagoas (Hemoal).

Mesmo quando tal dualidade de jurisdições não ocorre, a adoção do modelo fundacional, como ente executivo da secretaria de saúde, em vez de trazer eficiência pode trazer ineficiência, na medida em que diversos serviços importantes, que comportam gestão individualizada, ficam situados em níveis departamentais internos, gerando uma administração mais preocupada com o todo do que com a atuação especializada do sistema de saúde.

Somados, os diversos fatores produzem um efeito perverso sobre o setor: a ausência de capacidade gerencial para conduzi-lo operacionalmente e de adminis-

tração estratégica para conduzi-lo politicamente, na disputa pelos escassos recursos orçamentários.

2.4 Situação institucional do nível municipal

O setor Saúde municipal costuma ser de pequeno porte ou inexistente, como integrante da rede de serviços locais, exceção naturalmente feita às capitais e cidades de maior porte.

A fragilidade, no caso, decorre do fato de que cerca de 90% dos municípios brasileiros possuem menos de 50 mil habitantes. Nos pequenos municípios há carência de postos de saúde e ausência de médicos para operar mesmo o mais singelo equipamento. Com isso, os municípios costumam depender da rede estadual ou de ambulâncias para transportar seus doentes para cidades de maior porte ou para a capital.

Não obstante, muitos municípios vêm começando a despertar para a necessidade de manter sistemas próprios de atendimento à saúde, uma vez que se sentem mal atendidos pelos estados e têm que se defrontar com situações políticas de dependência que não lhes parece interessante.

Das inovações institucionais mais promissoras na área municipal está a experiência em curso no estado de São Paulo, onde foi introduzida a figura do consórcio intermunicipal na área da Saúde. O consórcio, já muito utilizado nas áreas de transportes e obras públicas, consiste num condomínio para a prestação de serviços, cujos custos são rateados em função do uso e cuja liderança é feita em revezamento pelos prefeitos mantenedores.

3. *Desafios e estratégias alternativas de sobrevivência do setor e institucionalização do Suds*

3.1 Objetivo permanente do setor

O objetivo central do setor Saúde é exercer, com unidade de comando e de direção, a formulação, execução e avaliação de políticas coerentes com os princípios sintetizados pela Reforma Sanitária.

Buscado desde a década de 30 e, organicamente, formulado na atualidade pelo Suds, o atingimento desse objetivo requer algumas qualificações intimamente ligadas às estratégias para sua viabilização. Nesse contexto, por exemplo, cabe perguntar se a unidade pretendida será exercida através de hierarquia ou de cooperação. No primeiro caso, torna-se imperativo colocar a área funcional onde atua o setor Saúde sob a proteção de um organismo único com funções alocativas e executivas claramente definidas e obedecidas. No outro, continuariam a existir as atuais estruturas institucionais — expressivamente colocadas na Ciplan — bem como as demais espalhadas pelos outros ministérios, como seria o caso do saneamento e do meio ambiente, da pesquisa, do ensino e do desenvolvimento tecnológico.

Claro está que, em qualquer dos modelos apresentados, o atingimento do objetivo implicará grande dissipação de energia política, já que no primeiro haveria alteração do *status* jurisdicional de órgãos e entidades e, no segundo, um grande esforço de coordenação a partir da idéia dominante, da fusão de culturas e da humildade na repartição do poder.

3.2 Desafios

Talvez o mais claro dos desafios para o setor seja precisamente o referido no item anterior, isto é, a unificação institucional a partir do Governo federal e sua aplicação vertical, entre os níveis de Governo, e horizontal, dentro de cada um deles, repetindo o mesmo processo de integração.

Nesse sentido, há grandes desafios a serem enfrentados e superados no âmbito do setor, cabendo referir, especialmente: o planejamento e a orçamentação integrados; a articulação das ações preventivas e curativas; a hierarquização dos atendimentos primário, secundário e terciário; a racionalização administrativa; a descentralização; a isonomia salarial; a gestão unificada em cada nível de Governo; e o relacionamento entre os setores público e privado.

Eis, em síntese, os desafios que precisariam ser superados.

3.2.1 No plano doutrinário e conceitual

As entidades integrantes do setor Saúde precisam fazer uma importante escolha estratégica relativa às fronteiras e ao território de sua atuação, em função das variáveis doutrinárias e conceituais que adotarem.

Quando o setor era definido de maneira restrita e a atenção à saúde situava-se no plano puramente médico das medidas preventivas e curativas, suas fronteiras eram bem definidas e seu território menor, sujeito, portanto, a menos intrusões de outras jurisdições. Se do ponto de vista de governabilidade essa situação era positiva, do ponto de vista político o setor era marginal, já que carecia de um sistema de alianças no eixo de poder em que se situava.

Por outro lado, quando começaram a elastecer os contornos conceituais e doutrinários do setor, considerando que saúde implicava assegurar não apenas a eliminação de doenças mas, sobretudo, um estado de bem-estar individual e coletivo, as fronteiras e os territórios foram consideravelmente ampliados, tornando as primeiras imprecisas e de difícil defesa e os espaços institucionais congestionados pela presença de intrusões jurisdicionais de sistemas, com dinâmicas próprias de atuação substantiva com outros sistemas e, residualmente, com a saúde. Ao se estenderem as fronteiras do setor para abrigar atividades relacionadas com pesquisa e desenvolvimento tecnológico, houve acoplamento entre as atividades tradicionais de saúde (prestação de serviços) e as atividades peculiares a instituições universitárias com cultura e objetivos próprios. Se considerarmos também que o desenvolvimento tecnológico implica interação com o setor industrial, vê-se que o setor perdeu em essência o que ganhou em abrangência.

E se, por motivos doutrinários, o setor vier a ser totalmente estatizado, eliminando o espaço da iniciativa privada, os problemas de governabilidade serão agudizados.

3.2.2 No plano institucional

As questões centrais relativas ao plano institucional dizem respeito à maneira como o setor será integrado relativamente aos níveis de Governo envolvidos e, dentro de cada um desses, como as diversas entidades se harmonizarão.

Na área federal, o estabelecimento de um comando único em uma só estrutura parece de viabilização muito difícil, especialmente quanto aos ministérios assemelhados — Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), este com o Inamps. Embora tal integração tenha sido proposta pela Reforma Sanitária, o cerne do problema não é de natureza organizacional, isto é, de simples reforma administrativa: desmembrar e remembrar. O cerne está em transferir o Inamps, convencendo a Previdência a continuar a manter seus aportes para uma unidade que não mais lhe pertence. Mesmo que isso venha ocorrendo nas diferentes modalidades de cooperação estimuladas pelo Inamps (co-gestão, AIS e Suds), a formalização da partilha pode ensejar o afloramento de ponderáveis argumentos de que a Previdência deveria refluir para o seu leito original de natureza puramente atuarial e financeira.

Nos estados, o problema não seria dessa natureza, porque as secretarias que poderiam integrar-se numa só estrutura representativa do setor não possuem volume para lhe aumentar o poder. Na realidade, nesse contexto o problema é mais organizacional do que institucional.

3.2.3 No plano organizacional

Além dos problemas já analisados de secretarias de saúde com bipolaridades jurisdicionais e do modelo de separar funções normativas e funções executivas (administração direta e fundações), os problemas organizacionais situam-se no âmbito da própria estrutura e funcionamento interno dos órgãos que atuam no setor, qualquer que seja a sua definição.

De modo geral, as secretarias de saúde possuem estruturas arcaicas e pesadas, fruto da excessiva politicagem que reina no setor, gerando fragmentação do trabalho em pequenas unidades, destinadas mais a atender apelos políticos e complementar salários pela criação de chefias, do que pela necessidade de eficiência. Além de sobrecarregar a coordenação, essa multiplicidade de estruturas de pequeno porte gera complexos fluxos de papéis que burocratizam o sistema e reduzem sua capacidade de resposta.

Quanto mais compacta for a organização, melhor, embora não se deva deixar de considerar que em muitas situações a criação de unidades autônomas (tipo órgãos de regime especial) pode, paradoxalmente, facilitar a coordenação e o desempenho do conjunto, pela horizontalização da administração do setor.

Outro problema associado ao desafio organizacional diz respeito diretamente à estrutura de organização proposta pelo Suds, que estimula a implantação de Conselhos Estaduais de Saúde, Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão

Regional Interinstitucional de Saúde (Cris), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (Clis), sem contar com os órgãos centrais contidos na Ciplan e os enlaçamentos naturais de cada uma das instâncias com outros órgãos nos demais níveis de Governo. As decisões da CIS podem esbarrar em políticas geradas no sistema de planejamento, de finanças e de administração que, nos estados, integram poderosos mecanismos relacionados com o orçamento público, o controle das estatais e a política de salários para os servidores governamentais.

3.2.4 No plano gerencial

O setor é reconhecidamente fraco em experiência gerencial, característica que parece ser inerente à área de políticas sociais.

O próprio Ministério da Saúde, a despeito de tentativas de modernizar-se, apresenta deficiências gritantes de gerência, as quais vão desde a incapacidade de gastar seus recursos com expediência à dificuldade de gerar projetos para captar recursos, especialmente não-reembolsáveis.

Em parte, as deficiências do ministério refletem-se no comportamento pouco exigente das secretarias estaduais de saúde, ao mesmo tempo que essas repercutem sobre a ineficiência daquele. É absolutamente natural que algumas secretarias estaduais de saúde não consigam gastar no exercício os poucos recursos que o ministério lhes destina, ou que passem mais de dois anos sem prestar contas dos recursos transferidos e sem reclamar saldos orçamentários que lhes pertencem.

Essa alimentação mútua de comportamentos ineficientes vulnera consideravelmente o ministério no setor e no conjunto do Governo, já que o prêmio para a abundância orçamentária ainda é a capacidade de gastar o que for orçado, e não aplicar bem os recursos.

As deficiências gerenciais dos estados devem preocupar seriamente o Inamps, no conjunto do Suds; já as secretarias de saúde não dispõem de pessoal capaz, em número e qualificação, de substituir o Governo federal nas atividades delegadas. Essa incapacidade gerencial pode inviabilizar o Suds ou obrigar o Inamps a continuar com as estruturas de pagamento de convênios e outras afins.

3.2.5 No plano financeiro

Não é muito difícil conseguir recursos para investimentos; é, entretanto, extremamente difícil conseguir recursos para custeio desses investimentos.

A despeito dos poucos recursos destinados ao setor, de modo geral foi possível construir uma rede razoável de unidades de atenção à saúde no setor público. Sua manutenção, entretanto, tem sido difícil, o que explica a baixa qualidade dos serviços prestados e a precariedade física de muitas dessas unidades.

No modelo do Suds, que incorpora os mecanismos anteriores de manutenção desses serviços em regime cooperativo, estão embutidos diversos mecanismos de financiamento de serviços, sem que tenha havido ainda considerações mais profundas sobre o que ocorrerá quando tais recursos forem reduzidos ou cessarem. Na

realidade, neste momento, as Programação e Orçamentação Integradas (POI) geraram inúmeras frustrações no setor, especialmente nos estados, quando os dispêndios propostos foram reduzidos substancialmente, sem perspectivas de restabelecimento. Comoção idêntica ocorreu quando da assinatura dos compromissos de isonomia salarial dos funcionários estaduais com o pessoal do Inamps, cujo financiamento deveria ocorrer com os recursos federais, os quais não se materializaram.

O desafio nesse plano coloca-se com preeminência diante da possibilidade concreta de revogação da Lei nº 4.320, após a promulgação da Constituição, devolvendo o poder de iniciativa de despesas ao condomínio entre o Executivo e o Legislativo. Os embates políticos normais no regime de alocação de recursos no orçamento público criam, para o Setor, a necessidade de novos comportamentos nas coalizões de poder que nascem do sistema e a incerteza das fontes, gerando essas dificuldades para o planejamento numa cultura onde a racionalidade não é elevada.

A garantia de recursos firmes deverá ser um dos objetivos compulsivos do Suds. Se tal não for considerado, poderemos voltar às origens da proposta de unificação feita na década de 40.

3.3 Estratégias de sobrevivência do setor

Na impossibilidade de fazer o setor refluir doutrinária e conceitualmente para parâmetros institucionais mais modestos, resta encontrar estratégias de sobrevivência que, ao minimizarem resistências, facilitem também a superação dos desafios antes expostos.

No contexto da busca de estratégias, parece imperativo ao setor considerar de seu supremo interesse a preservação da iniciativa privada como um sistema capaz de gerar uma aliança voltada para a sobrevivência mútua. O setor privado, além de ser responsável pela maioria do atendimento médico no País, do ponto de vista dos integrantes da área de Saúde, especialmente nos estados, possui outra importância no que concerne ao estabelecimento de parâmetros comparativos. Num estado do Nordeste, por exemplo, o Inamps pagava a uma instituição privada, pelo sangue fornecido, quatro vezes mais do que o valor pago a uma instituição pública. Esta, por sua vez, tendo como referência a disparidade de pagamento, costumava obter melhoria de remuneração para seus custos pela simples comparação. O fechamento dos bancos de sangue particulares, por iniciativa de seus proprietários, acarretou razoável economia para o Inamps, já que passou a pagar menos pelo produto consumido. Em compensação, a entidade pública passou a ter um único comprador e preços mais difíceis de serem negociados.

Para o setor Saúde, outra importante estratégia diz respeito ao interesse no fortalecimento da área industrial aplicada à medicina, gerando um importante sistema de alianças que pode, eventualmente, servir como gerador de receitas vinculadas à manutenção da área pública. Nesse contexto, o setor deveria analisar cuidadosamente o mecanismo de entrelaçamento entre os entes públicos e particulares que institucionalizaram os setores elétrico, de transportes e o petroleiro e petroquímico.

A substituição do complexo sistema de organizações, sugerida pelo Suds, precisa também ser revista. Em muitos estados, a criação de conselhos de saúde tem encontrado resistências ou introduzido motivações políticas por parte do Legislativo, que vê na criação desse mecanismo ora uma ameaça, ora a oportunidade de participação condominial no setor. O sistema colegiado representado pelas diversas comissões (CIS, Cims, Cris, Clis) tem sido apontado como fator de complicação, gerando, em algumas ocasiões, sérias distorções.

Em Curitiba, por exemplo, a participação das associações de bairro como entidades dominantes em algumas Clis tem gerado atritos com a Secretaria Municipal de Saúde, pelo tratamento politizado dado aos postos e centros de saúde e ainda pela tentativa de parooquializar o uso dessas estruturas exclusivamente pela população de uma determinada área de abrangência, em detrimento do espírito de vizinhança e descentralização. No município de Arapiraca, uma das Clis reivindicou a competência de visar todas as notas fiscais relativas às compras de material feitas pela Secretaria Municipal de Saúde, para os serviços por ela abrangidos.

Além da simplificação das estruturas, interessantes como elemento de cooperação política, é fundamental que os estados e os municípios oficializem em suas esferas a criação do Suds, estabelecendo condições para que não venham a ocorrer futuramente questionamentos sobre a legalidade das decisões efetuadas nos diferentes níveis previstos.

Finalmente, cabe ao setor tomar a iniciativa de melhor relacionamento com os sistemas estruturantes (Planejamento, Fazenda e Administração), já que estes funcionam como elos facilitadores ou dificultadores da boa execução das políticas públicas relativas à saúde. Com o sistema de caixa único em vigor em muitos lugares, uma boa articulação com a Fazenda poderá evitar que os recursos transferidos através de convênios sejam retidos e aplicados pelo Tesouro, em detrimento de seu pronto uso pelo Suds.

3.4 Institucionalização do Suds

Parece claro que o setor e o Suds são mutuamente dependentes do processo de institucionalização, isto é, da sobrevivência e do cumprimento de seus objetivos.

À medida que forem sendo descritos os desafios, parece natural a derivação de estratégias para superá-los, cabendo, contingencialmente, identificar, escolher e aplicar a mais conveniente e eficaz.

Do conjunto de desafios, dificuldades e restrições, duas dificuldades parecem ter maior destaque: a melhoria da imagem do setor, pela eficiência gerencial, e a criação de fontes firmes de financiamento para a sua manutenção.

Uma boa parte da população parametrizou a avaliação do funcionamento do setor Saúde pela mídia relativa às intermináveis filas do Inamps, à Aids transmitida por transfusões sem controle da qualidade do sangue, pelos produtos contaminados e oferecidos à população, pela recorrência de endemias consideradas erradicadas ou pelos centros cirúrgicos fechados por redes de esgotos estouradas, infestação de baratas e ninhos de ratos.

No âmbito interno do Governo, a imagem do setor projeta-se pela incapacidade de raciocinar e verbalizar, em termos econômicos, comprometendo-se, assim, com a racionalidade na aplicação de seus recursos e a eficiência de suas ações executivas.

Pelos vários fusos culturais do País, essa imagem agrava-se pela ausência de pessoal que domine as habilidades gerenciais, seja capaz de fazer bons planos, programas ou projetos, executá-los com expediência e até gastar o dinheiro que lhe é repassado pelo Governo federal. Num círculo vicioso quase intransponível, gera-se uma *cultura da pobreza*, onde o baixo metabolismo econômico e administrativo é aceito de forma fatalista e os desafios, na busca de recursos através de projetos criativos, e inovadores, são inibidos pela descrença no resultado dos esforços para superar o estado da arte administrativo - gerencial do setor.

A criação de fontes firmes, fora dos modelos convencionais de fundos, é elemento fundamental de sobrevivência coletiva e individual, isto é, do setor e de seus componentes.

Como a perspectiva é de escassez e instabilidade de recursos, o setor deveria pensar em medidas duradouras capazes de complementar os recursos alocados *ad hoc*, talvez à semelhança do que foi adotado com sucesso pelo setor Educação.

O símile, no caso, seria a instituição de algo parecido com o salário-educação, um salário-saúde a ser adotado em troca da diminuição de alguns ônus trabalhistas que recaem sobre o empregador, como, por exemplo, a eliminação do salário-família para quem ganhasse acima de 10 salários mínimos.

A via constitucional de destinar percentuais, como se fez em 1946, não tem tradição de exequibilidade.

4. Conclusão

A análise histórico-institucional e operacional do setor Saúde representa um processo de significativa dimensão e complexidade, requerendo conclusões prudentes que visem muito mais subsidiar esforços de monitoramento ambiental do que avaliar definitivamente acertos e erros de decisões e ações de Governos.

Nesse sentido, faz-se necessário destacar que a Reforma Sanitária em curso parece mais inovadora (revolucionária) em seu aspecto de articulação e formulação de políticas públicas para o setor do que no de descentralização e gerenciamento administrativo do sistema. Enquanto o primeiro é respaldado por um forte compromisso político-ideológico chamado "progressista", o segundo ainda parece estar condicionado a prosaicos elementos de uma cultura administrativa pré-burocrática, fortemente arraigada no setor e que tem condicionado, historicamente, o processo evolutivo desejado das organizações que atuam no setor.

Os argumentos apresentados neste artigo sugerem que se reconheça *a priori* que a saúde não é mera ausência de enfermidades, ou ainda que a saúde não pode ser reduzida tão-somente a um conjunto de intervenções de natureza médica, preventiva, curativa e reabilitadora oferecidas pelos atuais serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado de complexos e vastos processos de administração e organização social da produção de bens e serviços, onde indivíduos e grupos organizados

movem-se sob os mais variados interesses gerando, conseqüentemente, desigualdades dos níveis de vida.

Desse processo, resultam algumas conclusões, a saber:

- a) abandono do setor social por sucessivos períodos de Governos;
- b) irrelevância ponderal na escala dos dispêndios públicos, comparativamente com outros setores governamentais (transporte, energia, telecomunicações, agricultura, etc.);
- c) falta de transparência na programação e execução dos recursos orçamentários, causando inoperância e ineficiência da rede de serviços de saúde, frente ao grave quadro de indicadores sócio-sanitário e epidemiológico vigente no País;
- d) vigência de uma política de saúde implícita, que se efetiva ao sabor de variados grupos de interesses, não atendendo, efetivamente, às reais necessidades de saúde da população, sobretudo a de baixa renda;
- e) modelo assistencial caracterizado pela baixa resolutividade, dificuldade de integração programática e funcional e ausência de um sistema hierarquizado dos serviços de saúde, gerando paralelismos, disfunções e perdas de recursos, tanto para os prestadores de serviços públicos como para os privados;
- f) ausência de um sistema de acompanhamento e avaliação de resultados nos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) que permita à sociedade, profissionais de saúde ou a outras entidades públicas e privadas avaliar, claramente, o êxito ou não dos programas ou projetos governamentais.

Somados os diversos fatores que, direta ou indiretamente, afetam o setor, pode-se concluir ainda que a falta de capacidade gerencial para conduzi-lo operacionalmente, associada à ausência de capacitação em administração estratégica para orientá-lo politicamente, têm sido responsáveis, em boa medida, pelo confusioanismo institucional e pela baixa produtividade do setor Saúde.

O entendimento dessa real dimensão da saúde não implica, contudo, a egação dos atuais e importantes componentes que integram o setor Saúde, os quais, sem perderem o referencial maior e as interfaces sistêmicas que guardam com outros sistemas (Educação, Ciência e Tecnologia, Planejamento, Finanças Públicas, Administração, etc.), devem ser objeto de profunda análise para que sejam encaminhadas, estrategicamente, mudanças eficazes no sistema como um todo.

É na perspectiva de acompanhar o processo de implantação e gerenciamento da Reforma Sanitária, cuja complexidade e dinâmica ambiental impõem fundadas preocupações, que se justifica, hoje e cada vez mais, ampliar a participação, a discussão, a crítica, a interpretação e a avaliação dos resultados, de modo a se assegurar um monitoramento eficaz do ambiente institucional do setor, consolidando-se, assim, o processo modernizante iniciado, segundo os princípios propugnados pela Reforma Sanitária.

Summary

THE INSTITUTIONAL AND OPERATIONAL CONTEXT OF THE HEALTH SECTOR AND ITS SIGNIFICANCE FOR THE SUDS

This document is aimed at describing and explaining the main variables limiting the Health sector, giving character to its dynamics and regulating its performance, either isolated or inserted in the framework of Brazilian public administration.

The sector, as a whole, is seen as being composed of public institutions pertaining to the three governmental levels, as well as of private organizations. However, it can not be mingled with other formal arrangements adopted by governments to perform, under a specific pattern, functions concerned with health care, because it takes into account the boundary, intrusive functional area in which it operates together with other sectors. The same thought may be valid as to the private sector, here considered in an institutional gradient delimited at its inception by institutions dedicated to medical care and, at its other extremity, by economic organizations instituted for production of goods and services needed by the sector.

The analysis performed tries to define the position of the Suds — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Unified and Decentralized Health System) — in the current political and organizational set of structures composing the sector, to identify trends which may influence its institutionalization, and also to suggest an agenda of directives capable of helping in the adoption of a long-lived process of decentralization, as intends the Sanitary Reform.

The set of identified and analysed variables comprises a large thematic range, varying from institutional arrangements to prosaic problems of administrative and managerial nature, associated with the programming structure of public budgets.