DESCENTRALIZAÇÃO DO MODELO DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO PAULO *

Luciano A. Prates Junqueira **
Rose Marie Inojosa ***

1. Introdução; 2. A revisão do modelo de assistência à saúde no plano nacional; 3. A revisão do modelo de assistência à saúde no estado de São Paulo; 4. Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Processo de descentralização do setor público. Mudança do modelo de assistência à saúde. Contexto nacional/estado de São Paulo. Perspectivas da continuidade do processo de descentralização.

1. *Introdução*

No caso do setor saúde, a questão da descentralização, tanto ao nível nacional como no estado de São Paulo, veio no bojo da proposição de uma profunda revisão do modelo de assistência à saúde, conformado nos anos 70 e cujos resultados são evidenciados pelos indicadores de morbi-mortalidade, para o que contribui a deficiência da assistência à saúde.

A revisão proposta pelo setor saúde não se limitou à questão da gestão, onde se inserem os temas da regionalização, municipalização e participação da sociedade civil organizada. Na verdade, o novo modelo de gestão subordinou-se a uma nova proposta de prestação de serviços de saúde, de organização da rede e de relações entre as redes pública e privada, tendo por norte a necessidade de tornar eficazes esses serviços, numa perspectiva de colaborar mais efetivamente para a mudança do perfil epidemiológico do país.

Assim, a experiência do setor saúde, em pleno curso e na qual vários caminhos estão sendo explorados, pode proporcionar reflexões sobre o tema da descentralização, especialmente no sentido de discutir a importância de se analisar esse processo sob o enfoque das políticas setoriais e não como uma política em si. Por isso, o estudo procura recuperar, de forma sumária, o movimento do setor saúde, particularmente nos anos 80, e o processo de descentralização nele envolvido, chegando à incorporação da proposta do Sistema Único de Saúde à Constituição Federal de 1988.

Em seguida, trata de verificar como se deu a revisão do modelo de assistência à saúde no estado de São Paulo, abordando-a no período 1983-86, pré-Suds; a implantação do Suds em São Paulo; o planejamento descentralizado, a participação e a municipalização; alguns indicadores da mudança.

* Artigo elaborado em maio de 1990.

** Gerente de projetos da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e professor da PUC-SP.
*** Técnica da Fundap.

Busca, finalmente, analisar as perspectivas do processo de mudança do modelo de assistência à saúde e de descentralização, no que se refere aos fatores positivos, ou seja, aos elementos facilitadores desse processo, bem como aos riscos e ameaças à sua continuidade, apontando algumas proposições nesse sentido.

2. *A revisão do modelo de assistência à saúde no plano nacional*

2.1 O modelo de assistência à saúde pós-64

Nos anos pós-64, particularmente após a promulgação da Constituição Federal de 1967 e da Emenda Constitucional de 1969, ocorreu um movimento de centralização de recursos e decisões, no nível federal, hipertrofiando o Poder Executivo central e deformando a prática do federalismo cooperativo.[1]

Nesse período, até o final da década de 70, conformou-se no país um modelo assistencial de saúde fragmentado e desarticulado em relação ao papel dos três níveis de governo, dividindo a clientela entre "previdenciários" e "não-previdenciários" e dicotomizando ações de prevenção e cura.

Tal formato foi determinado basicamente pela ação da União em relação à prestação de assistência médica aos previdenciários. Essa ação dirigiu-se nitidamente para a capitalização do setor privado, com financiamento dos investimentos através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FADS) e custeio do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) surge em 1977, a partir do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social, quando é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Esse instituto, o Inamps, é criado apenas para cuidar da assistência médica aos previdenciários através de serviços próprios (postos de assistência médica e hospitais), contratados e conveniados do setor privado. A participação desse último segmento caracterizou o tipo de assistência prestada pela Previdência desde a unificação dos institutos em 1966. Assim, na década de 80, o Inamps administrava cerca de 10 mil leitos de 41 hospitais públicos próprios e contratava quase 200 mil leitos de 3.823 hospitais privados.

O Inamps, integrante do Sinpas (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), possuía, em cada unidade da Federação, braços operacionais: as Superintendências Regionais. Embora grande parte das decisões fosse tomada na sede nacional, no Rio de Janeiro, as Superintendências Regionais – que encaminhavam os credenciamentos do setor privado para a prestação de serviços, controlavam as cotas de cada prestador e administravam os serviços próprios – constituíam um privilegiado e disputado *locus* de poder federal nos estados.

O volume de recursos envolvidos nessa política de assistência médica previdenciária cresceu desordenadamente. Do orçamento da Previdência Social, o maior do país depois do orçamento fiscal da União, até meados dos anos 80 foram destinados, em média, 28% ao setor saúde.

[1] Na verdade, o federalismo brasileiro, analisado tal como se apresenta nas sucessivas Constituições, tem-se caracterizado por um movimento de fluxo e refluxo da centralização do poder. Esse movimento não significou em qualquer momento uma perda acentuada do poder da União, que sempre preservou ou ampliou a sua hegemonia, mas, apenas, a maior ou menor participação dos outros níveis de governo (cf. Galvão, M.C.C.P. & Takeuti, N.M. *Natureza do estado-membro da Federação e suas condições de gestão*. 2. versão. São Paulo, Fundap, ago. 1989).

Esse modelo entrou em crise com a situação econômica adversa do país que, longamente gestada, veio à tona no final da década de 70, determinando que se buscassem novas alternativas para a assistência médica aos previdenciários. No entanto, esse movimento não ocorre de maneira isolada, mas no conjunto dos movimentos que caracterizam a redemocratização do país.

2.2 A revisão do modelo: alguns aspectos

A incorporação do tema da descentralização às agendas governamentais da década de 80 surge particularmente como plataforma política dos governos de oposição, eleitos em 1982. Nesse contexto, a descentralização é relacionada à redemocratização, como uma condição da democracia, fator de permeabilização da esfera pública ao controle social.

A palavra "descentralização", nesse momento, assume o seu significado de transferência de poder, e não mais o que dela fizeram os governos autoritários, que preconizavam a "descentralização" da execução e a centralização normativa e de comando, propondo, de fato, apenas a desconcentração do poder.

Assim, crescia a reivindicação dos governos regionais e locais pela descentralização dos recursos, através de uma reforma tributária que permitisse uma maior autonomia dos estados e dos municípios.

Do ponto de vista dos programas de governo, é nas políticas sociais que aparecem com mais insistência as propostas de descentralização, seja pela constatação da ineficiência da centralização verificada durante os governos autoritários, e pela emergência das questões da eficiência e eficácia como elementos essenciais num contexto de crise econômica, seja pela perspectiva de legitimação da ação do governo através do controle social das políticas.

Essa conjuntura permite que atores sociais progressistas passem a atuar no processo de revisão da política de saúde, no âmbito das instituições governamentais e fora delas.[2] É nesse ambiente que começa a se delinear a revisão da política de assistência médica. Revisão que, de um lado, se insere no movimento maior pela redemocratização do país, e, de outro lado, se baseia na necessidade de racionalizar os recursos que vão escasseando.

As duas perspectivas afloram no Plano do Conselho Consultivo de Administração e Saúde Previdenciária (Conasp), de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência.[3] Esse plano, que tinha uma preocupação com a racionalização do uso dos recursos da Previdência pela implementação de uma política de contenção dos gastos com assistência médica, já destaca a questão da descentralização, propondo a regionalização progressiva do sistema de saúde e incluindo as Secretarias de Estado da Saúde entre os parceiros do planejamento e coordenação

[2] Profissionais do setor saúde, particularmente de grupos mais ligados à academia, que, sensibilizados pela situação do setor no Brasil e inspirados em reformas sanitárias desenvolvidas no exterior, passam a formular propostas para a revisão do modelo brasileiro. Essas propostas aportam nas Conferências Nacionais de Saúde, particularmente na VII e na VIII Conferências, de 1980 e 1985, respectivamente. A VIII Conferência levanta a questão da reforma sanitária, dando origem à constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, oficializada por portaria interministerial. Essa Comissão produziu proposta de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde para apresentação à Assembléia Nacional Constituinte.

[3] Em 1981 constitui-se o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), um órgão colegiado, com representação dos diversos ministérios e sindicatos trabalhistas e patronais. Esse colegiado gerou o Plano Conasp, aprovado em 1982.

do sistema: o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde.[4]

Esse plano gera o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS)[5] que, embora tímido na reorientação dos recursos para o setor público,[6] cumpriu um papel político fundamental em relação à descentralização. Possibilitou redefinir o papel da prestação dos serviços públicos de saúde, no âmbito dos estados e dos municípios, descentralizando para essas esferas de governo recursos até então destinados à compra dos serviços privados de saúde.

2.3 O programa Suds

O I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND/NR) – 1986-89 – reconheceu que "nas últimas décadas os programas sociais foram desenvolvidos com elevados níveis de centralização decisória, burocratização, concentração e inflexibilidade na alocação de recursos".[7] E, em relação ao sistema de saúde, afirmava que a sua expansão "deverá ser descentralizada, favorecendo as estruturas estaduais, municipais e comunitárias na oferta de serviços de natureza local ou regional".[8]

Esse reconhecimento e as propostas que então teriam condições de aflorar ocorrem num contexto dramático, onde estão presentes a crise fiscal e financeira do Estado, um aparelho de Estado obsoleto e a situação de miséria de segmentos sociais cada vez maiores.

No setor saúde, as questões levantadas pelo chamado Movimento da Reforma Sanitária ganham maior espaço na agenda governamental. De um lado, atores expressivos desse movimento, que até então se restringia ao espaço das instituições de ensino e pesquisa ou da técnico-burocracia do Ministério da Saúde e Secretarias de Estado da Saúde assumem, em 1985, o comando do sistema médico previdenciário, ocupando a Direção Geral do Inamps. De outro lado, ocorre, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ganhou um caráter eminentemente político e legitimou nacionalmente o movimento, cujas propostas foram canalizadas para a Constituinte.

Assim, enquanto se organizava o encaminhamento das propostas da reforma sanitária na Constituinte, o grupo que atuava no Ministério da Previdência e no Inamps buscou operacionalizar as mudanças que se mostravam passíveis de im-

[4] Na verdade, a tentativa de coordenar a ação dos dois ministérios já buscava integrar os órgãos federais que, com o mesmo objeto, a saúde, cumpriam seus papéis de forma desigual, tanto em termos de concepção quanto em termos de poder. O Ministério da Saúde com uma perspectiva de assistência preventiva, um orçamento inexpressivo, e alguma influência sobre as Secretarias Estaduais de Saúde. O Ministério da Previdência e Assistência Social, atuando através do Inamps, com uma perspectiva de assistência curativa, um orçamento expressivo (em média 28% do orçamento da Previdência) e uma forte ligação com o setor de assistência médica privado.

[5] O Programa das Ações Integradas de Saúde tinha como objetivos: a universalização do atendimento, o acesso da população aos serviços dos diferentes níveis de complexidade e a otimização dos serviços públicos. Previa um corpo de colegiados como instâncias gestadoras do programa, desde o nível federal até o nível local. O programa começou a ser implementado em 1983, através de convênios tripartites e a assinatura de termos de adesão, envolvendo os três níveis de governo. Através do programa, estados e municípios passavam a incorporar a prestação de assistência médica através de seus equipamentos públicos.

[6] O percentual de recursos da Previdência para a rede pública cresceu de 4% em 1984 para 10% em 1985.

[7] I PND/NR 1986-89. p. 51.

[8] I PND/NR 1986-89. p. 81.

plementação naquele contexto. Inicialmente esse grupo procura fortalecer e ampliar as AIS, utilizando o programa como estratégia para canalizar recursos para o setor público. Outras modificações merecem ser salientadas, como a ampliação da assistência médica ao trabalhador rural, em junho de 1986, e a adoção de um novo "contrato-padrão" entre o Inamps e a rede privada contratada, que permitia um maior controle dos serviços comprados, em dezembro de 1986.

Entretanto, as AIS também receberam críticas. Uma delas era de que, através desse programa, o Inamps estava implementando, com o setor público, o mesmo tipo de relação de compra e venda que mantinha com o setor privado, já que a remuneração se dava com base na produção de serviços; outra era a limitação das AIS como estratégia para efetuar uma real mudança do modelo de privilegiamento do setor privado.

Finalmente, aliada a essas perspectivas, a preocupação do próprio Ministério da Previdência e Assistência Social, com a recuperação da credibilidade e com a eficiência do sistema previdenciário, contribuiu para deflagrar a redefinição do papel do Inamps nesse sistema e no próprio setor saúde, antecipando-se às decisões da Constituinte.

É assim que, em meados de 1987, o MPAS e o grupo dirigente do Inamps, com a anuência formal do Ministério da Saúde, reformulam o Convênio das Ações Integradas de Saúde assinando, com os estados, novos termos de compromisso e/ou termos aditivos. Esses instrumentos contemplam a descentralização de parte do poder decisório, concentrado no nível federal, para os estados.

Esse processo foi formalizado, em julho de 1987, por decreto presidencial que criou o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – o Suds.[9] A exposição de motivos do decreto dá conta da transformação que se pretendia implementar, privilegiando um planejamento ascendente, iniciado ao nível do município, responsável pelo sistema estadual de saúde, e chegando à União, responsável pelo planejamento estratégico, definidora da política nacional de saúde.

Reafirma-se, também, uma estrutura colegiada interinstitucional, criada pelas AIS – as Comissões Interinstitucionais de Saúde: Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), ao nível do Governo federal; Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), ao nível do estado; Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris), ao nível de região; Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims), do município; Comissão Local Interinstitucional de Saúde (Clis) – que percorrem todos os níveis do sistema, com a atribuição de coordenar e acompanhar a execução dos planos de saúde de cada nível.

Em termos práticos, o Suds significava entregar para o gerenciamento dos governos estaduais os equipamentos próprios do Inamps, hospitais e postos de assistência médica, bem como parte da compra de serviços do setor privado, desarticulando o Inamps.

Concretamente, as unidades federadas e, em uma etapa subseqüente, os municípios, já que os Convênios Suds previam a adesão dos municípios, ganhariam, nesse processo, no mínimo, a possibilidade de pensar o sistema de saúde das respectivas áreas geográficas, considerando toda a capacidade instalada. Ganhariam a possibilidade de hierarquizar a rede. Ganhariam, ainda, a possibilidade de tratar a população sem dicotomizá-la em "previdenciários" e "não-previdenciários".

[9] Decreto Presidencial nº 94.657, de 20 de julho de 1987.

Certamente, a concepção do Suds e a condução da descentralização das funções do Inamps levaram em consideração a conjuntura política delineada em 1986, reconhecendo, como parceiros privilegiados, os governadores eleitos naquele ano.

2.4 Dificuldades e resistências à descentralização

Em seu processo de implantação, o Suds sofreu várias resistências e enfrentou problemas gerados tanto no âmbito do Governo federal, quanto no do setor privado, e até mesmo no próprio nível estadual.

Embora prevendo um planejamento ascendente, a alocação dos recursos da Previdência continuou a se dar de forma descendente. De pouco serviu, para isso, o instrumento de Programação e Orçamentação Integradas (POI), que acabou limitado, no dizer dos técnicos, a um "papel didático", embora tal papel não deva ser desprezado.

O grupo dirigente do Inamps foi afastado em março de 1988, quando o Suds começava a ser implantado, sob pressões dos interesses contrariados do setor privado e da burocracia do Inamps. A máquina gigantesca do Inamps, com seus braços espalhados em todo o território nacional, as Superintendências Regionais e os Serviços de Medicina Social e suas extensões locais reagiram fortemente à possibilidade de sua extinção e, antes, à própria diminuição de seu poder, repassado, em parte, ao governo estadual.

O setor privado também reagiu frente à possibilidade de outros interlocutores e, mais do que isso, ao que certamente vislumbrava como estratégia para o Sistema Único de Saúde, em discussão na Constituinte, que poderia alterar a situação de privilegiamento em que se encontrava.

Os próprios estados, até então afeitos principalmente a atividades de caráter preventivo, trabalhando com pequenos percentuais orçamentários, viram-se despreparados, técnica e estruturalmente, para absorver a prestação da assistência médica. Ademais, deve-se resaltar que, embora vinculados e representando apenas o necessário para garantir a continuidade das atribuições repassadas, os recursos transferidos aos estados significam, muitas vezes, os recursos orçamentários próprios de cada estado destinados à saúde, mesmo no caso dos mais ricos da Federação. E, em casos extremos, chegam a ser maiores que o total do orçamento estadual.

O Suds, portanto, com todas as suas dificuldades, gerou um movimento de mudança no setor saúde. Neste fazia-se necessário revisar o modelo assistencial em cada unidade federada, tanto em relação à forma de articulação e funcionamento do sistema, como quanto à sua forma de gestão. Também era essencial contar com um novo perfil profissional para seus recursos humanos, bem como com um aparelho burocrático ajustado a novas funções. Apesar de a implantação do Suds exigir mudanças, elas não ocorreram da mesma maneira nos diversos estados brasileiros. Entretanto, de algum modo, o Suds delineou o modelo assistencial que foi definido com o Sistema Único de Sáude.

2.5 O Sistema Único de Saúde

Após árdua negociação entre setores progressistas e setores conservadores na Constituinte, onde os *lobbies* de interesses atuaram vigorosamente, foi aprovada e incorporada à Constituição Federal a proposta do Sistema Único de Saúde

(SUS).[10] Estão presentes no SUS os mesmos pressupostos contemplados no Suds: universalização, integralidade, resolutividade, hierarquização, regionalização, descentralização e participação.[11]

Promulgada a Constituição, iniciou-se uma outra batalha – a da discussão da Lei Orgânica da Saúde, regulamentando as diretrizes constitucionais e operacionalizando a implantação do sistema. Alguns projetos de lei orgânica foram formulados. Na discussão, digladiaram-se os mesmos grupos, uns buscando garantir a explicitação fiel das diretrizes da Constituição, e outros procurando brechas para resgatar espaços perdidos.

O substitutivo do relator Geraldo Alkmin, compatível com a proposta original do SUS, foi aprovado na Comissão de Saúde, mas com uma grave perda, que foi a decisão da não-extinção do Inamps, nem a nível central, nem a nível dos escritórios regionais. Esse órgão seria incorporado ao Ministério da Saúde, com toda a sua estrutura.

Essa foi uma vitória dos setores resistentes à reforma sanitária, tanto a burocracia do Inamps como os *lobbies* do setor privado, esperançosos de alguma reversão que resgatasse seus antigos privilégios. No apagar das luzes do Governo Sarney, o Executivo extinguiu os Escritórios Regionais do Inamps.

Entretanto, um dos primeiros atos do Ministro Alceni Guerra, do Governo Collor, foi ressuscitá-los com o nome de Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle.[12] Na mesma data informou sobre a sua disposição de exonerar os titulares e promover concurso para as chefias de hospitais e Postos de Assistência Médica (PAM) do Inamps. Esse ato é controverso, na medida em que esses equipamentos de prestação de serviços do Inamps haviam sido transferidos para a gestão do estado e, em alguns casos, repassados à prefeitura, portanto, a esses níveis deveria caber, em princípio, a avaliação da necessidade de destituição ou indicação dos dirigentes das unidades.

A disposição de ampliação do nível de interferência do Governo federal no sistema encontrou eco no Legislativo. Ao Projeto de Lei, aprovado na Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados, foram acrescentadas mais três competências para o nível federal, sendo duas delas referentes à avaliação e ao controle, incluindo um Sistema Nacional de Auditoria.[13]

De outro lado, o estabelecimento de percentuais e a automatização do repasse de recursos, que a lei assegura, libertará o sistema de uma de suas maiores dificuldades atuais, que é o casuísmo e o atraso dos repasses financeiros da Previdência para os estados e municípios.

[10] O Sus era chamado unificado porque, nos limites do contexto em que o programa foi gerado, apenas era possível obter uma unificação institucional, no sentido de articular as diferentes instituições que tinham poder de decisão num mesmo nível de governo. O sistema único, por sua vez, formaliza essa unificação, com o pressuposto de existência de um gestor único em cada nível de governo, através de um só ministério para a saúde, no plano federal (reunindo MS e MPAS), do secretário de estado da saúde como a autoridade institucional única no plano estadual e do secretário municipal da saúde como autoridade institucional única, no plano municipal.

[11] Universalização: não-distinção da clientela entre previdenciários e não-previdenciários; integralidade: atendimento integral à saúde, superando a dicotomia entre ações preventivas e ações curativas; hierarquização: modulação da rede de prestação de serviços em níveis de complexidade; resolutividade: garantia de acesso do usuário a todos os níveis de complexidade; regionalização, descentralização e participação: novo modelo de gestão do sistema, horizontalizado e participativo.

[12] Portaria nº 250, de 20 de março de 1990.

[13] Projeto de Lei n 3.110-C, de 1989, aprovado na Câmara dos Deputados, 23 de maio de 1990.

Portanto, a mudança do modelo de assistência à saúde vem sendo feita no Brasil, ao longo de décadas; esse movimento, no entanto, não se faz independentemente do que acontece nos estados, nos grupos de interesses aí existentes e vice-versa. Nesse sentido, o entendimento da descentralização, no setor saúde em São Paulo, passa pela compreensão de questões colocadas no âmbito nacional.

3. *A revisão do modelo de assistência à saúde no estado de São Paulo*

No âmbito nacional, a década de 80 foi marcada pelas iniciativas de mudança no setor saúde. O Programa AIS, o Programa Suds e a gestação do Sistema Único de Saúde, incorporado à Constituição Federal, fertilizaram o movimento de revisão do modelo, envolvendo outros níveis de governo, estadual e municipal, que, nas décadas anteriores, tinham sido mantidos à margem das decisões sobre a saúde a nível nacional.

Nos 27 estados da Federação é possível identificar um gradiente, quase que em igual número, de estágios e estratégias de implantação dessa revisão, refletindo, de um lado, os graus de resistência encontrados e, de outro, as próprias condições de saúde de cada estado, a situação de seu aparelho burocrático e o compromisso e a vontade política dos dirigentes.

Nesta parte do texto objetiva-se resgatar alguns aspectos desse movimento no estado de São Paulo. Procurar-se-á recuperar, num primeiro momento, o modelo de assistência à saúde, em São Paulo, numa fase anterior ao Suds e, em seguida, a implantação do sistema, que se deu de forma diferenciada em São Paulo, devendo considerar-se como hipótese para essa diferenciação, entre outros fatores, a revisão do modelo assistencial, realizada no Governo Montoro.

3.1 A revisão do modelo no período 1983-86

O programa de governo do governador eleito, em 1982, tinha como diretrizes a descentralização, a municipalização e a participação. A política de saúde implementada no Governo Montoro incorporou essas diretrizes, agregando "as metas de integração e hierarquização dos serviços de saúde, de acordo com os avanços do pensamento médico-sanitário nos últimos anos,"[14] visando superar a dicotomia entre ações preventivas e curativas e possibilitar o atendimento integral à saúde.

No âmbito do aparato burocrático estadual, esse governo encontrou uma Secretaria de Estado da Saúde bastante centralizada, que privilegiava uma lógica "burocrática" que perdia de vista os objetivos da organização, em detrimento da lógica dos serviços. Estruturas verticalizadas e compartimentalizadas dicotomizavam o planejamento e a gerência dos serviços, ignorando a sua complementaridade, dificultando, assim, a prestação de um atendimento integral à saúde e a própria hierarquização da rede.

Esse aparato foi revisto, com a adoção da lógica da prestação de serviços, tendo como norte um novo modelo assistencial cujos pressupostos eram a hierarquização da rede, a resolutividade e a integralidade do atendimento, a regionalização e a descentralização.

A revisão da prática da secretaria passou por muitas etapas. Constituem uma parte fundamental desse processo o Convênio AIS e a implantação das Comissões

[14] *Secretaria de Estado da Saúde:* concepção, organização e funcionamento. São Paulo, SES-SP/Fundap, fev. 1987. Apresentação Dr. João Yunes. p. IV.

Interinstitucionais de Saúde em todos os níveis, bem como o papel da CIS, que permitiu que o secretário de saúde, enquanto seu presidente, exercesse efetivamente, em alguns momentos, o papel de coordenador dos serviços públicos de saúde do estado, como nos episódios da intervenção e desapropriação do Hospital São Marcos, em Ferraz de Vasconcelos, e da intervenção no Hospital Matarazzo, em São Paulo.

Do ponto de vista da "gerência descentralizada", os diretores dos Departamentos Regionais de Saúde, caracterizados, em 1983, na posse do secretário, como "subsecretários de saúde", exerceram um papel significativo na presidência das Cris e dos Grupos Regionais de Integração de Ações de Saúde (Grias), consolidando os orçamentos das várias unidades da SES, ao nível das regiões, e coordenando e implantando os convênios de integração de serviços públicos com municípios.

E, em relação ao "modelo assistencial", enquanto formulação e aplicação de uma nova lógica de articulação e de prestação dos serviços, o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), com a estrutura de sua coordenação, representa o embrião da nova secretaria. Atuando em algumas áreas piloto, o PMS concebeu o módulo de saúde como um sistema integrado de serviços. O módulo contém unidades básicas de saúde, hospital-geral, pronto-socorro, laboratório e ambulatório especializado, sob uma gerência unificada, visando o atendimento hierarquizado e integral da clientela.

Esse processo trouxe para o interior da secretaria a necessidade de reordenar sua estrutura, privilegiando uma nova lógica, a da prestação dos serviços de saúde, consolidada no modelo assistencial. Com isso, o movimento de reestruturação foi concebido a partir do nível local, de baixo para cima, centrado nas unidades de prestação de serviços. Adequando-se aos Escritórios Regionais de Governo foram criados 62 Escritórios Regionais (Ersa). A esses escritórios foi atribuída a competência de coordenar a integração de todos os recursos de saúde existentes na sua área de abrangência, de modo a garantir à população a realização do novo modelo de assistência à saúde.

Além de representar o gerenciamento regionalizado dos diversos equipamentos de saúde estaduais, centros de saúde, laboratórios, ambulatórios de saúde mental e hospitais, os Ersa representavam a institucionalização de um interlocutor, ao nível regional, com determinado grau de autonomia,[15] para os parceiros institucionais de prestação de serviços públicos de saúde, particularmente os prefeitos e/ou secretários municipais de saúde e os representantes regionais do Inamps.

As Comissões Interinstitucionais de Saúde, criadas para implantar e executar as AIS, foram incorporadas à estrutura estadual e, além das atribuições previstas no Convênio AIS, receberam as de propor diretrizes e prioridades de saúde e aprovar os planos de investimento e custeio.[16]

Em relação à municipalização, o Convênio AIS, assinado em 1983, expandiu-se, atingindo, em 1986, toda a rede estadual e 501 municípios.[17] Apesar disso, a

[15] Autonomia no sentido administrativo, na medida em que os Ersa foram criados como unidades de despesa, podendo realizar licitações, até determinados limites, admitir pessoal, etc. E autonomia no sentido político, na medida em que se lhes reconheceu, formalmente, essa condição de interlocutores da Secretaria para o nível regional, enquanto coordenadores das Comissões Regionais de Saúde e responsáveis "pelas relações e articulações interinstitucionais" (Decreto nº 25.609, de 30 de julho de 1986, arts. 22 e 23).

[16] Decreto nº 25.519, de 17 de julho de 1986.

[17] São Paulo, Governo do Estado. *A batalha da saúde no Governo interno*. São Paulo, PN, 1987. p. 46.

prestação de serviços ainda continuava fragmentada. O estado empenhava-se, com grande parte dos municípios, em articular as respectivas redes públicas. Ao lado disso, porém, a Superintendência Regional do Inamps continuava a administrar seus cinco hospitais próprios, os Postos de Assistência Médica (PAM) e a compra de serviços de assistência médica do setor privado.

Nesse momento a rede pública em São Paulo começava a incorporar a prestação da assistência médica, com vistas ao atendimento integral à saúde, buscando superar a dicotomia entre ações preventivas e ações curativas. E mais, buscava integrar, com a mesma perspectiva, as redes estadual e municipal.

Esse movimento, entretanto, era limitado pelos tímidos recursos orçamentários provenientes tanto do Ministério da Saúde, como do próprio Tesouro estadual, mas, na verdade, encontrou grande apoio no aporte de recursos do programa das Ações Integradas de Saúde que vinham do Ministério da Previdência para o Fundo Estadual de Saúde.

Enquanto a revisão do modelo era limitada ao setor público estadual, com reflexos no setor público municipal, o Inamps, com recursos previdenciários, que representavam cerca de 80% dos recursos totais investidos na saúde, continuava atuando, em São Paulo, como no resto do país, com a sua própria lógica.

Numa perspectiva de assistência médica individual, presente também na sua rede própria, o Inamps carreava a maior parte de seus recursos para a compra de serviços de assistência médica ambulatorial e hospitalar do setor privado, lucrativo e filantrópico. Assim, o usuário não-previdenciário, o "desvalido" era quem recorria mais freqüentemente à rede pública. O previdenciário aportava no Inamps, sendo atendido na sua rede própria e através dos credenciados, profissionais e estabelecimentos contratados. Tal dicotomização não permitia que, ao nível do Estado, contemplando apenas as redes públicas estadual e municipal, e escassos recursos, se pudesse configurar um plano de saúde para a população.

A rede pública é insuficiente para atender às necessidades mínimas da população, particularmente no que se refere à relação leito/habitante. Seu gerenciamento pode otimizar e racionalizar recursos, mas não viabiliza a promoção de uma real mudança na prestação de serviços à população. Essa possibilidade vem a existir com o Programa Suds, em 1987.

3.2 A implantação do Suds em São Paulo

O Suds encontra uma situação diferenciada no estado de São Paulo.

Em primeiro lugar, a diretriz da descentralização já era uma proposta no setor saúde no Governo Montoro e continuava presente no Governo Quércia, guardadas as peculiaridades de ambos. A estrutura da Secretaria de Estado da Saúde, concebida a partir do novo modelo assistencial, com os Escritórios Regionais de Saúde, já mostrava seu enraizamento nos níveis locais. Por outro lado, havia vontade política clara por parte da Secretaria de Estado da Saúde de assumir as atribuições repassadas pelo Inamps.

Imediatamente após a assinatura do Suds-SP,[18] o secretário de saúde, na qualidade de presidente da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), começa a formular, através de Resoluções CIS, arranjos organizacionais para assumir as funções repassadas pelo Inamps.

[18] Termo de Compromisso Interinstitucional, firmado em 21.5.87, para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no estado de São Paulo.

A Resolução CIS-SP nº 31/87, de 11.6.87 – portanto antes da formalização do Suds por decreto presidencial – já define Grupos de Trabalho Interinstitucionais (GTI) para os vários sistemas administrativos e para a área-fim, incluindo um "GTI de municipalização da rede básica de saúde".

Na mesma data são aprovados, também por resolução CIS[19], um modelo básico de convênio, objetivando implementar a integração dos serviços locais de saúde presentes nos municípios, e o apoio da CIS, liderada pela Secretaria de Estado da Saúde, às estratégias de municipalização dos serviços de saúde.

Alguns dias depois, outra resolução[20] determina a integração funcional dos servidores dos serviços de medicina social do Inamps aos Ersa, em 30 dias.

A relação com o setor privado contratado e conveniado também foi objeto de interferência, nessa mesma ocasião.[21] Foram suspensos, por 90 dias, a abertura, o andamento e a homologação de processos referentes ao estabelecimento ou ampliação de contratos, cadastramentos e credenciamentos para a prestação de serviços, sendo que, nesse período, os órgãos colegiados das AIS deveriam promover a avaliação dos contratos e convênios existentes e das necessidades de cobertura assistencial.

Em agosto, agora na vigência do decreto presidencial que formalizou a instituição do Suds, outra resolução CIS[22] atribui a um dos GTI competência para propor a compatibilização dos sistemas de gestão orçamentário-financeira das instituições participantes do Suds (Inamps e Secretaria Estadual de Saúde) e outras medidas que permitiriam que a programação e a orçamentação fossem elaboradas contemplando todos os serviços de saúde.

Através do mesmo instrumento é progressivamente criada uma estrutura provisória e transitória para operacionalizar a incorporação do Inamps à SES, ou estruturar, na linguagem das resoluções, o Suds/SP.[23] Assim, surgem, subordinadas ao presidente da CIS, o secretário, o secretário de saúde, a Unidade de Planejamento e Programação (UPP-Suds/SP), a Assessoria Jurídica (Asjur-Suds/SP), e a Unidade de Avaliação e Controle (UAC-Suds/SP).

Além disso, os Ersa se tornam os Suds-Regionais, aos quais se integram as unidades de prestação de serviços do Inamps e os Serviços de Medicina Social (SMS) do Inamps das respectivas áreas de abrangências.[24]

Em março de 1988, o estado de São Paulo passa a responsabilizar-se pelo pagamento das contas ambulatoriais do setor privado contratado e conveniado. O Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integrais de Saúde (Cadais) e a Unidade de Avaliação e Controle (UAC) preparam um Manual de Procedimentos, passando atribuições do processo de pagamento dessas contas para os Ersa. Assim, a atribuição recebida do Inamps não só é incorporada pelo estado como, imediatamente regionalizada.

Desse modo, através das sucessivas resoluções CIS e da sua operacionalização, é possível identificar duas linhas de preocupação. Uma, com a integração do Inamps à secretaria, centrada no impacto da absorção das novas funções pela es-

[19] Resolução CIS/SP nº 34/87, de 11 de junho de 1987.

[20] Resolução CIS/SP nº 39/87, de 30 de junho de 1987.

[21] Resolução CIS/SP nº 38, de 30 de junho de 1987.

[22] Resolução CIS/SP nº 53, de 28 de agosto de 1987.

[23] Resoluções CIS/SP nºs 55 e 56, de 28 de agosto de 1987.

[24] Resolução CIS/SP nº 57, de 28 de agosto de 1987.

trutura estadual, procurando, de um lado, capacitá-la para as tarefas recebidas, e, de outro, efetuar a desarticulação da estrutura da Superintendência Regional do Inamps e trazer, para o âmbito decisório da secretaria, a relação com o setor privado contratado e conveniado. A outra preocupação que transparece é com a continuidade e o aprofundamento do processo de municipalização.

Em junho de 1989, agora através de um decreto do governador do estado,[25] em São Paulo, buscou-se formalizar algumas regras de operacionalização do Suds, já contemplando a denominação, consagrada na Constituição, de Sistema Único de Saúde. Esse ato legal reitera as bases do sistema e as normas das relações entre o setor público e o setor privado, bem como das relações entre o nível de governo estadual e o nível de governo municipal no setor. Explicita a transferência, aos municípios, dos equipamentos sob a gestão do estado, "que atuam preponderante ou exclusivamente na área do município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local", e que a descentralização se dará por meio dos Escritórios Regionais de Saúde (os Ersa).

3.3 O planejamento descentralizado, a participação e a municipalização

Em relação à descentralização, é oportuno resgatar o papel do planejamento com suporte do processo de municipalização. Em 1986, a Programação e Orçamentação Integradas (POI)[26] para 1987 foram realizadas segundo o modelo definido pelo Inamps. Embora tenha provocado um princípio de discussão ao nível regional, o instrumento foi de utilização limitada.

Em 1987, São Paulo altera o formato de sua POI para 1988, de modo a melhor adequá-la às necessidades do estado. Tendo sido construída a partir do nível local e com a sua primeira agregação realizada nas Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde, a POI pode ser utilizada como um instrumento de planejamento, não apenas para captar recursos, mas capaz de orientar a redefinição de prioridades.

Em 1989 houve uma nova evolução, com o processo de formulação dos Planos Diretores. Nesse momento, era possível realizar a programação do setor público aliada à programação do setor privado, dado que o pagamento das contas ambulatoriais já estava incorporado ao estado e regionalizado.

O processo de formulação dos Planos foi orientado pelo Cadais. Todos os municípios e os Ersa formularam seus Planos Diretores. A proposta era de que o Plano de cada Ersa fosse mais do que a simples agregação dos planos municipais, o que nem sempre ocorreu.

Em relação aos colegiados municipais, a formulação da POI-88 impulsionou a mobilização das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims), onde anteriormente elas ainda não tinham expressão, embora formalmente previstas nos

[25] Decreto nº 30.072, de 21 de junho de 1989.

[26] A POI, concebida pelo Inamps como instrumento de planejamento, na verdade foi, na maioria dos estados, vista apenas como um suporte para a captação de recursos e seu preenchimento, que era previsto para dar-se de forma ascendente, em muitos casos, era feito no nível central, com base na atualização de valores do exercício anterior. Isto se dava, por um lado, pela própria complexidade do instrumento, que pretendia trabalhar com as necessidades identificadas no perfil epidemiológico de cada estado e região, o que os estados não tinham trabalhado até então e, por outro lado, pela própria desarticulação interna da Direção Geral do Inamps. O Planejamento pretendia trabalhar sobre as necessidades de saúde enquanto Finanças trabalhava com a disponibilidade financeira, e ambos não se compatibilizam, no tempo, já que o processo orçamentário acabava se realizando antes da POI ser recolhida e processada.

convênios e termos de adesão. O trabalho de elaboração da programação e orçamentação representou a possibilidade de articulação em torno de um instrumento concreto a ser preparado. Atualmente, quase todos os municípios têm suas Cims, mas a avaliação de técnicos do Cadais é que esse colegiado ainda se limita, na maioria dos casos, a fórum homologatório ou de apreciação de problemas pontuais.

Na verdade as Cims, criadas com o Programa AIS, tinham originariamente uma composição meramente institucional, já que seu objetivo era articular as instituições que, de forma independente, atuavam em um dado nível de governo. Assim, a representação da Cims era das prefeituras, da Secretaria de Estado de Saúde e do Inamps local. Com o Suds, é atribuído a essas comissões um novo papel – o de "gestoras do sistema" – e elas são abertas à participação da sociedade civil organizada.

Entretanto, não foram suficientemente esclarecidos tanto o novo papel e a forma de seu exercício quanto as regras para a participação popular. Desse modo, cada estado – e, às vezes, cada região – criou suas próprias regras.

Como a instituição desse canal de participação não resultou da pressão da sociedade civil organizada, mas foi uma "concessão" do poder público, é difícil que ele possa funcionar como um *locus* de pressão e de fiscalização desse poder. De outro lado, pela fragilidade que ainda se observa nas organizações populares, nem sempre são elas que definem sua representação e ocorre que o próprio poder público escolhe ou indica os grupos a se fazerem representar e, às vezes, até mesmo os representantes da população, que poderão funcionar, na verdade, como seus aliados. Essa possibilidade diminui o potencial crítico da participação popular nos colegiados. Esse provavelmente pode ser um dos fatores pelos quais os colegiados e, particularmente, as Cims têm tido uma atuação limitada.

Em relação ao processo de transferência de poder e de atribuições para os municípios há que considerar que parece ter havido um significativo avanço. Os municípios estão envolvidos no processo de planejamento do sistema e têm-se responsabilizado pela rede pública transferida para sua gerência. Os recursos municipais para a saúde, conforme avaliação de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde, cresceram significativamente, estando por volta de, no mínimo, 6% dos orçamentos municipais.

Não obstante, São Paulo não promoveu a municipalização da compra de serviços do setor privado conveniado e contratado.[27] A descentralização dessas atividades, transferidas pelo Inamps, parou nos Ersa.

Parece haver dois tipos de argumentos que pesam no adiamento dessa decisão. Um deles é o próprio poder que os recursos financeiros do Inamps representam, se concentrados no nível de governo estadual. O outro é um viés técnico. A secretaria de estado possui um conjunto de recursos humanos que tem um "um saber técnico" apurado nas sucessivas experiências pelas quais o sistema vem passando. As prefeituras, com exceção das maiores, não possuem uma organização e nem um quadro com a mesma experiência. Muitas delas sequer têm Secretarias Municipais de Saúde. Os dirigentes da saúde no plano municipal são, muitas vezes, oriundos do setor privado lucrativo ou filantrópico e, às vezes, mantêm esse vínculo. Esses fatos têm sido alegados pelos técnicos como fatores restritivos à transferência da

[27] A municipalização dessas atividades vem ocorrendo no Estado do Rio de Janeiro, e é prevista, no modelo de gestão dos estados do Paraná e do Espírito Santo.

gestão da compra de serviços, porque poderiam, eventualmente, pôr em risco o processo de mudança das relações entre o setor privado e o setor público. O estado vem-se empenhando em controlar o setor privado e fazê-lo complementar;[28] os técnicos argumentam que não haveria como assegurar a continuidade desse processo, se a sua gerência estivesse pulverizada pelas prefeituras.

Vale recordar que esse mesmo tipo de argumento do despreparo técnico e organizacional era apresentado pelos setores federais resistentes à estadualização.

3.4 Alguns indicadores de mudança

Mesmo em se considerando que nem todas as resoluções e atos formais foram operacionalizados em sua plenitude, que outros ajustes estão-se processando e, até mesmo, que há resistência e reversões, o fato é que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo passou a conduzir o processo de descentralização em seu âmbito.

Esse fato é flagrante quando se compara o estágio em que São Paulo está, depois de dois anos de Suds, com o estágio dos demais estados. Em muitos deles os serviços próprios do Inamps ainda respondem ao seu Escritório Regional, que sucedeu às Superintendências, mas deveria restringir-se às funções de controle e avaliação. Em poucos estados a relação com o setor privado passou, na mesma dimensão, para Secretaria de Estado.

A avaliação de resultados do Suds-SP, especialmente do ponto de vista de eficácia em relação à prestação de serviços, ainda está por ser feita. Entretanto, alguns indicadores permitem visualizar as dimensões da mudança. Para basear essas afirmativas, tomamos como exemplo um Ersa da Grande São Paulo (Ersa 11, de Osasco), onde o trabalho de revisão do modelo assistencial, da prestação de serviços e da organização vem-se dando desde 1985, quando ainda se tratava do Departamento Regional de Saúde de Osasco (que incluía as áreas de Osasco, Santo Amaro e Itapecerica da Serra). Nesse Ersa, ou Suds-R, foi necessário, inclusive, fazer intervenção em dois hospitais privados que prestavam serviços complementares para o estado.

Indicadores restritos à produção de serviços mostram um grande incremento entre 1987 e 1989,[29] comparando o segundo trimestre de cada ano, na produção de consultas médicas (de 352.000 para 825.000 consultas), de produção de exames odontológicos (de 53.522 para 110.038 procedimentos), e de produção de exames complementares (de 144.000 para 288.000 exames), realizados pela rede pública.

Esse incremento deve ser colocado ao lado de outro indicador, que é o da produção de consultas médicas compradas ao setor privado contratado. A média mensal dessa compra em 1989 foi de 135.000 consultas. Em agosto de 1989 eram compradas apenas 28.788 consultas complementares.

Portanto, o Suds-R 11 promoveu uma mudança, no mínimo quantitativa, nas relações entre o setor público e o setor privado contratado, na medida em que, ampliando a produção do setor público pôde, ao mesmo tempo, restringir a compra de serviços. Essa ação simultânea e planejada tornava-se impossível na situação pré-Suds, na medida em que o gerenciamento dos serviços era fragmentado.

[28] Essa mudança de relação, consubstanciada na complementaridade do setor privado e no seu controle pelo setor público, está definida na Constituição Federal.

[29] Dados fornecidos pelo diretor do Suds-R 11, Dr. Paulo Puccini, em outubro de 1989.

4. *Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS)*

4.1 Fatores positivos e ameaças ao processo

Enquanto as Secretarias de Estado da Saúde, particularmente a de São Paulo, revisam seus modelos e estruturas para assumir um novo papel como prestadoras de serviços, com as possibilidades de planejamento e ação mais abrangentes abertas pelo Suds, ocorrem dois movimentos que têm relevância para os cenários futuros onde essas instituições irão atuar: a regulamentação do SUS e a municipalização.

Quanto ao primeiro, no plano federal, a Constituição incorporou a proposta do Sistema Único de Saúde. Isto se deu após o embate, na Constituinte, da corrente defensora da reforma sanitária e dos representantes de interesses que já tinham percebido a possibilidade de perder alguns privilégios com o Suds. As propostas desses últimos abrigaram-se no "Centrão", que chegou a apresentar um projeto que representava um retrocesso para a situação pré-Suds. Mesmo perdendo na Constituinte, esses setores continuaram pressionando o Congresso no processo de apreciação de Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, tanto que obtiveram a permanência do Inamps, enquanto instituição.

Enquanto não vem a regulamentação do SUS, florescem as resistências dos setores aos quais interessa desmoralizar o Suds e a descentralização realizada através dele para os estados. Além das resistências da burocracia federal, o sistema tem sofrido um verdadeiro estrangulamento financeiro. *Os constantes atrasos e a desatualização dos repasses da Previdência aos estados têm inviabilizado a manutenção dos compromissos assumidos nos convênios, tumultuando as relações com o setor privado contratado e desmoralizando o estado junto aos seus parceiros municipais, aos quais seria repassada parte dos recursos da Previdência.* Essa situação se agudizou com o tratamento diferenciado dado pelo valor do reajuste concedido pelo Governo federal ao setor privado contratado, que não teve correspondência para o setor público e, mais ainda, com os cortes orçamentários realizados para o exercício de 1990.

Acrescente-se a esse contexto a questão da prestação de contas. Estando as secretarias despreparadas para o gerenciamento de um grande volume de recursos financeiros, como é o do Suds, e considerando-se, também os inegáveis possíveis casuísmos de sua utilização, as reais ou supostas irregularidades de aplicação dos recursos Suds têm rendido muitas críticas à descentralização. Como se têm poucas avaliações consistentes dos efeitos positivos do Suds na prestação de serviços, não é difícil utilizar esse argumento para legitimar um retrocesso. Como o sistema depende das verbas federais da Previdência, ele corre o risco de ser, financeiramente, inviabilizado. A aprovação e aplicação da lei que regulamenta e automatiza os repasses é essencial.

O outro movimento que merece atenção é o da municipalização, que se tem avolumado enquanto demanda das prefeituras e extrapola o setor saúde. Há muitas polêmicas, particularmente dos técnicos e dos que defendem a necessidade de uma centralização normativa, em relação à municipalização. Há também uma certa reação do próprio nível de governo estadual em abrir mão, para os municípios, desse poder recém-adquirido que adveio do Suds, particularmente para as prefeituras que são de partidos diferentes do dirigente estadual. Avalia-se, no entanto, que esse movimento tende a ser irreversível, no contexto do resgate da autonomia municipal, e da evolução da cidadania.

Nesse quadro deve-se considerar que, além do mais, o momento é propício para o incremento do movimento de municipalização, visto que os atuais governos estaduais estão em sua última fase, enquanto os governos municipais têm dois terços de seu mandato pela frente. É possível perceber a tendência de uma articulação dos municípios com o nível federal, cuja técnico-burocracia poderá empenhar-se num processo de recuperar parte do poder transferido ao nível estadual.

Considerando-se a municipalização, a perspectiva é de uma outra grande mudança no âmbito das Secretarias de Estado de Saúde. Na medida em que a prestação de serviços flua para as prefeituras, as secretarias estaduais deverão encontrar um novo papel no sistema e reorganizar-se técnica e operacionalmente para o exercício desse novo papel.

À situação nebulosa de relacionamento entre os estados e o nível federal somam-se as dificuldades da relação entre o setor público e o setor privado e, ainda e sobretudo, a crise financeira que atinge profundamente o sistema. De outro lado, as perspectivas de aprofundamento, nesse contexto, do processo de descentralização exigem do governo estadual o delineamento de estratégias para o setor saúde no seu âmbito, considerando os possíveis cenários que se podem visualizar, *de modo a que venha a ter uma postura pró-ativa, no sentido de preservar e ampliar os avanços obtidos no processo Suds.*

4.2 Proposições para a continuidade do processo

No sentido de assumir essa postura pró-ativa, antes de mais nada parece ser necessária a redefinição do papel de cada nível de governo. O nível que perde funções, bem como aquele que as recebe, não têm claros os papéis que vão desempenhar no novo sistema. Com isso, a "descentralização" não significa apenas transferir poderes, mas também redefinir papéis, dotar o nível que recebe de novas atribuições e também o que as transfere de capacidade de gestão compatível com os papéis a desempenhar. As relações que passam a ocorrer entre Estado e sociedade também se alteram, principalmente com a municipalização, onde o município passa a assumir um papel determinante na prestação de serviços e em sua qualidade.

A *descentralização* não significa apenas *transferência de poderes*, mas a *capacidade de exercê-los*. Nesse sentido, o SUS, transferindo poderes aos estados e aos municípios sobre equipamentos da rede de serviços de saúde, deve também promover a capacitação desses níveis para a sua gestão. E, para que isso ocorra, é necessário que sejam fornecidos recursos financeiros e orçamentários condizentes com a sua efetivação. Daí, preservar o sistema não é apenas garantir o poder do município ou do estado sobre os equipamentos de saúde, mas sobre os recursos a serem transferidos para dotar a rede pública e a rede privada de capacidade para oferecer à população serviços de saúde de qualidade e com resolutividade. Do contrário, há o risco de ficar a rede pública cada vez mais sucateada e incapaz de resolver os problemas de saúde da população. Além disso, o setor público permanecerá sem poderes sobre a rede privada que, mesmo com contrato ou convênio com o estado, não integrará o sistema local de saúde. Com isso põem-se a perder os avanços do Suds e a própria descentralização, na medida em que se inviabiliza um atendimento de qualidade, restando apenas um poder formal sobre uma rede que é incapaz de resolver os problemas de saúde da população.

A redefinição dos papéis dos níveis de governo e a adequação de sua capacitação gerencial devem dar-se no contexto do amadurecimento do modelo assisten-

cial de saúde, tanto no que diz respeito à organização dos serviços quanto à gestão. Um modelo claramente explicitado e negociado poderá preservar o processo de descentralização de uma possível fragmentação. Do contrário, a municipalização dos serviços de saúde não terá um norte, na medida em que pode fazer perder de vista os problemas que extrapolam os municípios, reduzir a visibilidade das desigualdades regionais e reproduzir, em nível local, o casuísmo e as práticas clientelísticas já experimentadas em outros níveis.

Quadro 1
Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS)

Fatores positivos	Debilidades e riscos	Caminhos
1. Incorporação da proposta do SUS à Constituição Federal 2. Incorporação da proposta do SUS à Constituição de alguns estados da Federação 3. Quadro nacional propício ao incremento do processo de municipalização: a) no contexto do resgate da autonomia municipal e da evolução da cidadania b) pelo fato de os prefeitos estarem ainda com dois terços de seus mandatos a cumprir 4. Definição dos critérios e automatização dos repasses do Governo federal a partir da aprovação da lei orgânica 5. Avanços realizados por alguns estados da Federação no sentido de explicitar o Modelo Assistencial de Saúde, readequar a sua organização para a absorção de novas funções, estabelecer novas relações com o setor privado e promover a municipalização	1. Inexistência de um processo de avaliação da eficiência e da eficácia do Suds em relação à prestação de serviços 2. Dificuldades de aprovação de uma lei orgânica coerente com a proposta do SUS. Exemplo: decisão pela não-extinção do Inamps 3. Demora na aprovação da lei orgânica: a) favorecendo o fortalecimento das resistências ao sistema, tanto da burocracia federal quanto do setor privado b) permitindo a continuidade do estrangulamento financeiro do setor pelo nível federal, que vem atrasando os repasses e mantendo a sua desatualização 4. Possibilidade de fragmentação: a) pela ausência ou fragilidade da explicitação do modelo assistencial em termos de organização dos serviços de gestão, em cada estado da Federação b) pela vinculação direta entre os municípios e o nível federal c) pela ausência ou insuficiência do controle social e fragilidade dos mecanismos formais de participação	1. Redefinição e explicitação do papel do nível de governo estadual no sistema 2. Promoção da capacitação gerencial dos recursos humanos das organizações estadual e municipal, para o desempenho de novos papéis no sistema 3. Desenvolvimento da explicitação do modelo assistencial de saúde, adequado a cada região e estado, tanto em relação à organização de serviços como quanto à gestão do sistema nos diversos níveis 4. Articulação entre estados e municípios, visando atuação harmônica e complementar, contemplando as necessidades de saúde da população e o perfil epidemiológico regional 5. Promoção da legitimação do sistema, permeabilizando-o à participação e ao controle social 6. Promoção de processo de avaliação da eficiência e da eficácia da rede de serviços de saúde pública e privada contratada e conveniada e realização de adequações norteadas pelos seus resultados

(continua)

(*conclusão*)

Quadro 1
Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS)

Fatores positivos	Debilidades e riscos	Caminhos
	5. Alocação descendente dos recursos da Previdência Social, ignorando os critérios estabelecidos no planejamento ascendente 6. Exigências múltiplas dos órgãos federais para a prestação de contas dos recursos repassados aos estados e denúncias e de má aplicação 7. Falta de clareza quanto aos novos papéis a serem desempenhados, particularmente pelo nível de governo estadual 8. Troca de secretários de estado da saúde de quase todos os estados no início de 1990, e difíceis perspectivas para os novos secretários, que, além de terem apenas alguns meses de administração, o farão em um ano eleitoral 9. Despreparo gerencial e inadequação do perfil profissional dos recursos humanos das Secretarias de Estado da Saúde e das prefeituras municipais para novos papéis a serem desempenhados 10. Resistências à municipalização em alguns estados da Federação: a) por parte de dirigentes, pela perda de poder representada pela transferência dos recursos financeiros aos municípios b) por parte de técnicos, com o argumento do despreparo organizacional e técnico das prefeituras 11. Lenta mudança das relações entre a rede privada e a rede pública 12. Tendência à centralização pelo Governo federal	

De outro lado, é preciso garantir a legitimação desse processo como condição básica não apenas para a sua continuidade, mas também para o seu desenvolvimento e aprofundamento. Essa legitimação só pode ser dada pela sociedade, através da participação e do controle social, de modo que o sistema possa vir a ser consolidado, reconhecido e defendido pela população.

Não se obterá essa legitimação apenas através de alguns canais de participação institucional formalmente constituídos. A população só se mobilizará, para participar, com uma mudança substantiva no atendimento, que ela poderá ajudar a promover, se o governo como um todo – e não apenas a saúde – apresentar permeabilidade e capacidade de manter um diálogo permanente com ela.

Assim, para que o nível de governo estadual assuma uma postura pró-ativa em relação aos fatores positivos e às debilidades e riscos que estão presentes neste momento de implantação de Sistema Único de Saúde, visualizam-se alguns caminhos que passam ela redefinição do papel dos níveis de governo, bem como pela capacitação gerencial e pela legitimação do sistema, como se pode depreender do quadro 1.

Summary

The text envisages do place the Health Sector decentralization process', and also its articulation with the proposal for change in the model of health care, within the national context and in the sphere of the State of São Paulo; it aims also at analysing some perspectives arising in the way of said process' continuity. The experience obtained in the sector is bound to propitiate a few considerations on the subject of decentralization, mainly as concerns debating the significance of its being analysed in terms of sectorial policies, instead of focused as a policy *per se*. Albeit briefly, the study redeems the sector's activity, especially in the 80s, and the measures for decentralization it comprised. Then, it proceeds to analyse the prospects of change in the model of health care, and towards decentralization, as regards the positive factors or elements capable to facilitate the process; it also comments on the risks and threats to the process' continuity, offering a few propositions in this respect.