

Universidade Estadual de Campinas

Sistema e descentralização
A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80:
formação e tensões

*Este exemplar
comprado ao original
da tese defendida por
Ana Luiza d'Ávila Viana
em 18/08/94 e orientada por
Sônia Miriam Draibe.
CPG/IE, 18/08/94
Lúcio M. Duarte*

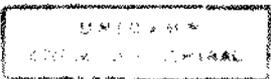
Ana Luiza d'Ávila Viana ⁶⁵⁵ n.º 684/t.c.

Tese de doutoramento apresentada ao
Instituto de Economia da Universidade
de Campinas, sob orientação da Prof. Dr.
Sônia Miriam Draibe

Draibe, Sônia (Sônia Miriam) t.

Instituto de Economia

Julho — 1994



06/08/94

*Aos meus pais, Leda e Cibilis;
Aos meus filhos, Leonardo e Glória.*

Agradecimentos

Esta tese é fruto das pesquisas desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), da Universidade Estadual de Campinas, sobre as políticas de saúde implementadas no Estado de São Paulo, na década de 80, e sobre o desempenho das ações de governo, nessa área, no mesmo período.

Tais pesquisas, desenvolvidas no período de 1988 a 1992, são:

- Avaliação da implantação de um novo modelo de saúde em São Paulo (1983-1987) — O Programa Metropolitano de Saúde: novas formas de intervenção estatal na área de saúde. Convênio NEPP-SES, 1989.
- Necessidades sociais básicas — São Paulo no limiar do século XXI. Convênio NEPP-FECAMP-SRL-CMSP, 1990.
- Educação, saúde e atenção ao menor no Estado de São Paulo: uma avaliação da descentralização dos serviços públicos estaduais. Convênio NEPP-FECAMP-CEPAM, 1991.

Nesse sentido, devo um agradecimento muito especial ao NEPP e, em particular, à sua direção, na figura da professora Sônia M. Draibe, por me permitir utilizar esses diagnósticos e esses dados na realização desta tese.

Devo também um agradecimento grande às equipes que trabalharam nessas pesquisas, tanto na área da saúde quanto nas outras áreas sociais: Maria Helena Guimarães de Castro, Norma B. Casseb, Vera Borba, Willian Lonzar, Sérgio L. Neviani, Estella Silva Telles, José Luiz Llanos Carrillo, Izabella Breves, Semir Draibe, Maria de Fátima C.B. Silva, Elizabeth Morey, Maria Beatriz Pinheiro, Cláudia Bier, Marly A. dos Santos, Fernando Pupo, Marcos de S. Queiroz, Maria Erlinda Cassab, José Roberto R. Perez, Maria Helena Gadelha, Ester Vian-

na, Sonia Nahas, Gilda P. Gouveia, Ana Maria M. da Fonseca, Eduardo Noronha, Celia Melhem e Cibele Macchi.

Agradeço ainda aos gerentes e às áreas de documentação, estatística, análise e processamento de dados e de apoio administrativo do NEPP pela ajuda recebida na elaboração dessas pesquisas e desta tese. Cito: Maria Aparecida C. de Godoy Marques, Sílvia M. P. Véspoli Godoy, Maria Elvira Mazzuchelli, Elizabeth de Moraes Ferrari, Ortencia L.M. Freitas e Sonia M. da Silva.

Agradeço à orientadora desta tese e de outros trabalhos realizados no NEPP — Sonia M. Draibe — pelo estímulo constante ao estudo da política de saúde.

Agradeço a Joana e Kazumi, revisores deste trabalho, pela paciência e pela inteligência que tiveram para tornarem claras as minhas idéias.

Por último agradeço aos amigos e familiares pelo apoio carinhoso em todas as fases deste trabalho: Jason, Regina, Ana, Celia, Filó, Zé, Vera, Edu, Adriana, Maria Amélia, Norma, Paulo, Márcia, Nelson, Ricardo e Márcio.

Julho de 1994

Ana Luiza d'Ávila Viana

Sumário

Introdução.....	1
Entre crise e democratização	1
A crise dos anos 80.....	3
Reforma do Estado e descentralização	6
Descentralização na América Latina	9
Descentralização na área de saúde.....	11
Descentralização da política de saúde no Brasil.....	14

PARTE I

As mudanças na política de saúde na década de 80 (Brasil e Estado de São Paulo)

1. Brasil: a reforma do sistema de saúde	21
Razões e conteúdo da reforma.....	21
Cenário internacional.....	24
Universalização, descentralização, participação	24
Contenção da demanda e do custo	26
Contexto pré-reforma sanitária no Brasil	27
Modelo de saúde nos anos 70.....	28
Periodização da política de saúde: modelos e programas.....	30
Hegemonia do modelo centralizado (1974-1978)	33

Hegemonia desafiada (1979-1982)	36
Transição: Ações Integradas de Saúde (1983-1986)	37
Constituição do novo modelo: SUDS e SUS (1987-1989)	40
Descentralização tutelada	42
2. São Paulo: criação do sistema estadual de saúde	46
Políticas antecipadoras	46
Reformas administrativas	48
A criação dos ERSAs	51
O SUDS em São Paulo	52
Modelos de prestação de serviços	54
O SUDS e as mudanças	55
Programas e iniciativas antecipadores da reforma	56
A proposta de Sistema Estadual de Saúde (1978)	57
Políticas específicas para Área Metropolitana	60
Participação da comunidade: Projeto São Matheus	61
Projeto Cotia	62
AIS em São Paulo	63
3. Programa Metropolitano de Saúde	65
Novo tipo de intervenção na área de saúde	65
Três passos para PMS	67
O projeto original	67
A Versão Sintética	69
O Documento Técnico	74
Negociações com o Banco Mundial	76
Primeira avaliação (1981)	76
Aide Memoire (1982)	78
Terceira avaliação (1982)	79
Quarta e quinta avaliações (1983 e 1984)	80
Duas linhas de atuação	81
Resultado da negociação: implementação do PMS	82
Seis estratégias	83
Fases da implementação	84
Contradições e limitações	86

PARTE II

O desempenho do sistema estadual de saúde na década de 80

4. Capacidade instalada, produção dos serviços e emprego em saúde	91
Expansão em São Paulo	91
A rede ambulatorial	92
A rede hospitalar	96
A produção dos serviços de saúde	99

Consultas.....	100
Internações.....	107
O emprego em saúde.....	110
Desempenho do setor público: dois períodos.....	116
5. O gasto público em saúde.....	118
Baixos índices de produção (1975-1984).....	119
Estado, ICM e Função Saúde.....	121
A Função Saúde.....	122
Magnitude das fontes de financiamento.....	125
Outras funções da Secretaria Estadual de Saúde.....	127
Fontes de recursos.....	127
Evolução dos gastos.....	129
Categorias de gasto por origem dos recursos.....	130
Repasse INAMPS x recursos do Tesouro.....	135
O gasto per capita em saúde.....	138
6. Perspectivas para a década de 90.....	140
Demandas por consultas e internações até o ano 2000.....	140
Demanda por consulta e internações em unidades monetárias.....	149
Demanda de consultas X expansão da capacidade física.....	152
Necessidades de consulta X rendimento da capacidade física.....	155
Cenários alternativos.....	157
Conclusão.....	159
Três tendências.....	161
Desdobramento das tendências na municipalização.....	163
Quatro temas da municipalização.....	166
Regionalização e municipalização.....	166
Relações intergovernamentais e modelo municipalizado.....	169
Relações público/privado na municipalização.....	170
Novas formas de gestão e o papel dos atores.....	171
Problemas e limites do modelo municipalizado.....	172
Financiamento do sistema.....	172
Recursos humanos.....	177
A questão do modelo assistencial.....	177
“Politização excessiva” do sistema.....	178
Anexo: Procedimentos metodológicos.....	181
Bibliografia.....	184
Fontes e Documentos.....	184
Livros e artigos.....	185

Introdução

Esta tese pretende analisar o processo de constituição do sistema estadual de saúde no Estado de São Paulo na década de 80 e a natureza das mudanças nele implementadas.

As transformações implantadas no plano institucional são estudadas na Parte I, a partir da análise das reformas operadas no interior da Secretaria Estadual de Saúde e do estudo de um programa especial implementado por essa mesma Secretaria, no início da década de 80 — o Programa Metropolitano de Saúde. Para situar todo esse movimento de mudança, reconstituo, no Capítulo 1, o cenário federal e as motivações que impulsionaram uma série de transformações. O desempenho do sistema público de saúde (indicadores de rede física, produção de serviços, recursos humanos e financeiros) é analisado na Parte II. Ali também são descritas as projeções possíveis para o final da década de 90. Na Conclusão, discute os limites impostos para o desenvolvimento do sistema estadual de saúde, tendo em vista a tendência de municipalização e as definições atuais para o financiamento das ações de saúde.

Nesta Introdução, descrevo os fatos geradores da reforma do sistema de saúde no Brasil: a crise da década de 80, como crise mais geral do Estado brasileiro e de um padrão internacional de atuação do Estado e dos sistemas de proteção social; o surgimento das propostas de descentralização e a especificidade desse debate no interior das discussões sobre política de saúde; e, finalmente, as particularidades da descentralização da política de saúde no Brasil.

Entre crise e democratização

Na década de 80, no Brasil, a área de saúde passou por uma profunda reforma do padrão de intervenção pública, culminando com a instituição, pela Constituição Federal de 1988, do Sistema Unificado de Saúde (SUS), integrando todos os serviços públicos e privados no terri-

tório nacional, segundo um modelo organizativo que deslocava o *locus* decisório e da gestão da política do nível central para as instâncias estaduais e municipais. Cabe salientar que o SUS emerge como fruto de um intenso processo de mudanças na política, iniciado ainda na década de 70 e acelerado a partir da década seguinte.

Esse movimento de mudanças na política esteve intimamente ligado aos contornos econômicos e políticos da década de 80, isto é, foi impulsionado e limitado por uma conjuntura de crise econômica e por um contínuo e gradativo processo de democratização — ambos impondo reformulações importantes nas funções e nas modalidades de intervenção do Estado, tanto na área econômica quanto nas ações de caráter social. Obviamente, as resistências às mudanças têm sido enormes e, por isso, costuma-se dizer que uma das características dessa década foi a postergação das reformas estruturais necessárias para um novo ciclo econômico.

Na área de saúde, a crise e a democratização impulsionaram a crítica e o questionamento do antigo padrão de intervenção do Estado, caracterizado, em breves traços, pela alta centralização de recursos e do poder decisório na esfera federal: pela privatização da oferta de serviços curativos; e pela exclusão de segmentos importantes da população dos benefícios da política (o acesso dependia da vinculação ao mercado formal de trabalho). A crise econômica, ao provocar o encolhimento dos recursos públicos que financiavam o gasto em saúde, originados do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), colocou limites bastante rígidos para o tipo de parceria público/privado característico do modelo de saúde vigente nos anos 70: financiamento público e oferta privada, por meio de contratos e convênios.

Por outro lado, ao enfraquecer e colocar em questão os modelos vigentes de atuação do Estado, o poder de regulação do nível central e as possibilidades de financiamento das ações estatais, inclusive dos serviços sociais, a crise também abriu espaço para a entrada dos níveis estaduais e municipais na oferta dos serviços, na regulação das atividades estaduais e municipais de provisão de serviços e, até mesmo, na formulação de políticas. No caso da saúde, entretanto, esse processo de descentralização foi desencadeado pelo nível central. Em outras palavras, houve uma intenção deliberada do nível federal de continuar capitaneando a formulação mais geral da política, com a instituição, nos anos 80, do Sistema Único de Saúde: a proposta de descentralização para a área trazia embutida a idéia de criação de um sistema nacional, e, mesmo com a crise, não foram desestruturados os grandes aparatos federais como o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Outra influência da crise sobre a reforma do sistema de saúde foi a de impor limites ao aumento dos patamares de gasto e inibir uma mudança mais radical nos perfis de financiamento (quantificação do *mix* recursos de contribuição compulsória *versus* recursos de ordem fiscal). Cabe salientar que esse fato iria influenciar de forma decisiva a implementação do sistema em nível nacional, principalmente a partir do final da década de 80.

O processo de democratização, por sua vez, ao restaurar as eleições para todas as instâncias governamentais, criou as condições políticas imprescindíveis para uma nova lógica de atuação dos governos estaduais e municipais. Tal lógica combina maior autonomia e independência frente aos níveis centrais com maior atenção às políticas que resultem em crescente fonte de legitimidade e de aceitação popular. A democratização também ampliou os espaços públicos, fomentou novos tipos de participação da sociedade, trouxe novas demandas, novos atores e novas agendas, principalmente na área social, visando, substancialmente, descentralizar decisões, ampliar as coberturas dos serviços e incluir demandantes nos processos decisórios.

Todo o processo de mudança pode ser caracterizado, então, por uma tentativa de inverter as grandes características definidoras do modelo anterior de intervenção do Estado na área so-

cial e, em particular, na área de saúde. Dessa forma, foi constituída uma agenda alternativa ao modelo de saúde vigente, buscando descentralizar as decisões e a operação; aumentar o grau de participação do público na oferta de serviços; regular mais eficientemente as ações de saúde de forma a racionalizar o gasto público; e, por fim, incluir a clientela e aumentar o grau de participação dos usuários na formulação e implementação da política.

A seguir veremos os determinantes mais gerais da crise econômica da década de 80.

A crise dos anos 80

A crise dos anos 80 teve o significado de ruptura profunda: na verdade, foi o modelo de crescimento dos últimos 50 anos que estava sendo questionado. O padrão de desenvolvimento brasileiro assentado em uma alta intervenção do Estado — que constituiu a base da industrialização, mediante uma expressiva presença na esfera produtiva (por conta das empresas públicas) e de um alto grau de intermediação financeira (via bancos públicos de investimento), ao lado de todo um aparato regulador da moeda, do crédito, do câmbio, dos salários e dos preços — viu-se profundamente abalado pelas transformações operadas no âmbito internacional do capitalismo, a partir de 1975. Essas transformações ocasionaram a adoção pelas economias desenvolvidas de um novo padrão de crescimento, gestado por um novo referencial tecnológico e um novo perfil de financiamento. A forte onda de transformações tecnológicas nas economias desenvolvidas deslocou o motor da competição capitalista do controle sobre o acesso às matérias-primas para o controle de novos processos, produtos e escalas mundiais de produção. Por outro lado, essas inovações tecnológicas reduziram a participação do trabalho nos novos processos produtivos.

A economia brasileira tornou-se, então, não-competitiva face a esse novo padrão: suas vantagens comparativas (recursos naturais e mão-de-obra barata) rapidamente exauriram-se. Ergueram-se barreiras poderosas à formação de uma nova etapa de monopolização/centralização de capital, que pudesse “financiar” novos investimentos e a modernização do parque industrial. No Brasil, o Estado, que tradicionalmente operava como poder centralizador e concentrador de capital, encontra dificuldades imensas para comandar um novo ciclo de crescimento, devido à crise fiscal e financeira, ao endividamento externo e às relações que se estabeleceram, desde os anos 60, entre esse mesmo Estado, a economia e a sociedade. Assim, a década de 80 marcou um período em que o desafio esteve posto em duas frentes: em primeiro lugar, na capacidade do Estado de resolver sua crise fiscal (e as formas inflacionárias de solução do déficit público, principalmente via endividamento interno); em segundo, na capacidade de se constituírem novas modalidades de inserção do país na nova ordem internacional.

As propostas de inflexão desse quadro de crise, que defendem, a grosso modo, um novo tipo de integração competitiva da economia nacional no padrão recente de desenvolvimento capitalista, encontram dificuldades de vulto para implementarem uma agenda de reformas, tendo em vista as próprias fragilidades e heterogeneidades da economia nacional e o contexto político de transição, além da crise do próprio Estado. Em outras palavras, no Brasil, a crise do regime (refletida nas formas como se relacionam os poderes constituídos; a estrutura partidária; os níveis nacional, estadual e municipal na estrutura federativa; ou os cidadãos e a classe política) é também o momento de crise do Estado (as formas como se relacionam o poder político e a totalidade do corpo social). Dessa forma, o desafio torna-se extremamente mais complexo, pois nos defrontamos com uma “transição dual”: transição do regime econômico e de institucionalização de um novo regime político e, ao mesmo tempo, da construção de um novo Estado.

O Estado torna-se, então, incapaz não somente de absorver novos interesses econômicos, como de dirigir o processo de desenvolvimento capitalista nacional, devido às crises fiscal e financeira e também à perda do poder de comando sobre seus próprios órgãos. As crises fiscal e financeira do Estado, na década de 80, originadas tanto pelo encerramento do crédito bancário internacionalizado (que configurou o sobreendividamento em moeda estrangeira do país) quanto pelas formas de ajuste implementadas pelas políticas macroeconômicas (que deram prioridade ao pagamento do serviço da dívida e a socialização do ônus do ajuste do setor privado), levaram o Estado a um limite de endividamento de difícil solução apenas por medidas de ordem fiscal. Tal grau de desfinanciamento do Estado refletiu nas formas como se constituíam as receitas e as despesas governamentais. Esse quadro, finalmente, comprometeu as formas de desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro — amplamente dependente de recursos públicos —, pois se deu prioridade à utilização dos recursos públicos para o pagamento das dívidas públicas externa e interna.

No caso da saúde, entretanto, essa dependência de recursos públicos esteve muito mais vinculada ao desenvolvimento de fundos sociais, parafiscais, de extração compulsória e que incidem basicamente sobre folha de salários (como é o caso do FPAS). A retração econômica tornou-se então a principal inibidora da continuidade desse perfil de financiamento, devido ao atrelamento desse tipo de recurso aos níveis da atividade econômica e ao crescimento do emprego formal e dos rendimentos do trabalho. Cabe salientar que esse movimento foi oscilante, pois houve forte queda nas arrecadações previdenciárias na primeira metade dos anos 80 (em 1983 e 1984) e recuperações a partir de 1985. Mas foi no momento em que a crise interrompeu um movimento permanente de geração de empregos no mercado formal, acentuando uma tendência à deterioração e à concentração das rendas do trabalho, é que se passou a questionar de forma mais constante esse perfil de financiamento.

Ao longo da década de 80, entretanto, várias medidas paliativas foram sendo implementadas para impedir a deterioração, de uma maneira mais brusca e contínua, dos montantes de gasto federal na área de saúde: criação de novas fontes com recorrentes majorações de alíquotas, como foram os casos do Finsocial, em 1982, e da contribuição sobre o lucro, em 1988; elevação de alíquotas de contribuições previdenciárias; e estabelecimento de medidas contra a sonegação e evasão. Além disso, a própria descentralização significou aliviar o desfinanciamento do setor. Por outro lado, a crise impedia que se continuasse expandindo os graus de cobertura das ações sociais, justamente no momento de surgimento de novas demandas, decorrentes do agravamento do quadro de iniquidades e de mudanças demográficas.

Nesse período, outros traços do padrão anterior de intervenção do Estado eram também criticados: suas características centralizadora, privatista, burocratizada e excludente. Dessa forma, a crise do sistema de proteção social brasileiro manifestou-se no perfil de financiamento e gasto das ações sociais, na forma como se estruturavam e se organizavam os serviços, nas formas de gestão da política e na relação público/privado que sustentou o padrão de intervenção do Estado na área social. A centralização excessiva era a marca da política; o descontrole e a ausência de regulação eram o traço característico da gestão do sistema; e a compra indiscriminada de serviços privados foi a forma encontrada para manter a oferta crescente. Tratava-se, então, de propor simplesmente a inversão do sentido e dessas características da política social, e, por isso, a agenda da reforma constituiu-se rapidamente na área social: era preciso descentralizar, ao invés de centralizar; expandir o setor público, ao contrário de privatizar; desburocratizar e não burocratizar; e, por fim, incluir beneficiários e não os excluir. Dessa maneira, as incorreções só poderiam ser corrigidas quando se subtraísse espaço do setor privado; descentralizasse o sistema; buscasse novas fontes de financiamento; e, finalmente, instituisse a universalização como forma de se atingir a cidadania social.

Tais questões, porém, aparentam ser de difícil equacionamento, pois mesclam princípios e idéias referentes à atuação do Estado, na área social, pertencentes a diferentes fases e períodos históricos. As idéias de centralidade do setor público, financiamento público e universalidade fizeram parte da constituição de um tipo específico de intervenção do Estado na área social, ou seja, o Estado de Bem-Estar no norte da Europa (o modelo de *Welfare-State* de tipo institucional-redistributivista)¹, gestado no final dos anos 50. Por outro lado, a questão da descentralização é de certa forma uma questão recente, imposta pela crise do Estado nos países avançados, no final dos anos 70, muitas vezes associada à questão da privatização e da necessidade de encolhimento do setor público, como veremos adiante.

A união desses princípios conduziu a um desenho específico de política, pelo menos na área social e, em particular, na área de saúde — como podem atestar as discussões históricas no campo da saúde pública e o apelo recorrente ao paradigma do modelo inglês de organização e prestação de serviços², caracterizado pela presença marcante do setor público nas ações de saúde, tanto na oferta quanto no financiamento do sistema, com estrutura organizacional descentralizada e de cobertura universal. Além disso, conforme Saltman (1991), muitas das reformas recentes nos sistemas nacionais de saúde dos países escandinavos ocorreram de forma a não modificar as principais características dos modelos anteriores: mantiveram o *mix* de contribuições sociais e recursos fiscais no perfil de financiamento, do mesmo modo que a participação majoritariamente pública na oferta de serviços e o caráter universalista das ações de saúde. O que se alterou foi o papel das instâncias governamentais no interior da política de saúde, incentivando a descentralização decisória e operacional, em um movimento de municipalização de *Welfare-State*.

Afirma-se, por isso, que a grande dificuldade na implementação, no Brasil, desse modelo de intervenção do Estado reside nos limites dados pelas particularidades do desenvolvimento brasileiro, pelo tipo de federalismo aqui presente, pelas relações que se estabeleceram entre o Estado e a sociedade nos anos mais recentes, e pelo grau de heterogeneidade que foi gestado nos planos regional e social — e pelo agravamento dessas variáveis devido à conjuntura da crise. O certo, porém, é que a descentralização tenha sido o traço mais marcante da reforma da política de saúde no Brasil, e isso, talvez, até mesmo pelas dificuldades inerentes à implementação dos outros princípios envolvidos na reforma — centralidade do setor público, equacionamento do financiamento para não penalizar nenhum segmento social e universalidade — ou pelo próprio fato de a descentralização significar, também, uma espécie de solução para a problemática questão do financiamento da saúde.

Por outro lado, o tema da descentralização fez parte da agenda de reforma do Estado no plano internacional e constitui uma das tendências mais fortes entre as propostas de criação de

1. O modelo de *Welfare-State* institucional-redistributivista define-se pela produção e distribuição de bens e serviços sociais desvinculados do mercado e garantidos a todos os cidadãos, corrigindo assim desigualdades provocadas pelas oscilações do mercado (Draibe, 1990).

2. O modelo inglês de prestação de serviços de saúde foi criado em 1946 pelo National Health Service Act. Mediante essa lei, criou-se na Inglaterra um sistema de prestação de serviços altamente descentralizado, com ênfase na atenção ambulatorial e preventiva, procurando aproximar, ao máximo, a rede de serviços dos usuários. Esse modelo sempre foi um pólo de referência e contraponto ao modelo americano, baseado na centralização da atenção e na concentração de serviços em grandes hospitais, com ênfase na atenção curativa individual empregando tecnologias de ponta. Constituíram-se assim dois grandes paradigmas na oferta e nos modelos de prestação de serviços de saúde: de um lado, o modelo inglês, como exemplo de uma atenção à saúde que contempla tanto a ênfase nos aspectos preventivos quanto a adoção de modelos descentralizados de gestão; e, de outro, o modelo americano, como porta-voz da medicina curativa concentrada em um tipo específico de serviço que, por sua própria natureza, impõe concentração de recursos, tecnologia e gestão.

novos parâmetros para a ação estatal. Por isso, julgo importante descrever as linhas gerais desse processo, destacando as especificidades desse movimento na América Latina e no Brasil.

Reforma do Estado e descentralização

As propostas de reformulação dos aparatos estatais de política social e de criação de novos parâmetros para a atuação do Estado — em particular, as propostas de descentralização — apareceram, em todo o mundo, a partir da crise dos Estados de Bem-Estar Social (EBS), no final da década de 70.

O EBS pode ser definido como Estado que assegura um conjunto de prestações de seguridade pessoal considerada fundamental a todos os habitantes e não somente àqueles que necessitam, operando por mediações de tipo meritocrático ou igualitário, ou seja, por meio da lógica de mercado ou de integração social. Sua emergência, como se sabe, ocorreu após a Segunda Grande Guerra, quando os Estados capitalistas avançados passaram a implementar políticas públicas de grande amplitude, visando ofertar bens e serviços, regular essa oferta e intermediar o fluxo de financiamento produtivo, de forma altamente centralizada, e instituíram, na área social, extensos aparatos de fornecimento de bens e benefícios de forma universal. O EBS também foi definido por Ardigo (apud La Rose, 1990) como parte constitutiva de um período ou uma fase histórica do capitalismo, aparecendo como um profundo ato de natureza civil concretizado em um duplo compromisso entre capitalismo e democracia e entre o Estado e o mercado. As bases de surgimento desse EBS encontram-se na ampliação e na institucionalização do mercado capitalista de trabalho; no desenvolvimento do sistema econômico internacional; no incremento populacional sob a industrialização; na intensificação do conflito distributivo; no desenvolvimento da democracia de massa; e no crescimento econômico.

Nessa medida, a crise do EBS identifica-se, segundo a literatura corrente, com a crise desse padrão de desenvolvimento capitalista, na segunda metade dos anos 70. Em rápidos traços, pode-se dizer que essa crise foi marcada por forte inadequação entre a estrutura produtiva montada no pós-guerra e os avanços tecnológicos que emergiram com a chamada Terceira Revolução Industrial e, também, por um crescente desequilíbrio fiscal, monetário e financeiro das economias desenvolvidas. Nessa crise, ressaltou-se, de um lado, sua natureza fiscal; mas, de outro, enfatizou-se a dissolução do bloco de forças sociais hegemônicas que teriam assegurado o antigo modelo de crescimento capitalista. Diante disso, era imperativo adotar novos parâmetros para a atuação do Estado, e a descentralização apresentou-se como uma das soluções possíveis frente à debilidade orçamentária do Estado e ao questionamento das antigas formas de representação Estado/sociedade.

No campo conservador, que busca aliviar a crise fiscal do Estado, ressurgiu como idéia-força um novo tipo de liberalismo, defendendo, a grosso modo, o fortalecimento do mercado e da sociedade e a retirada gradativa do Estado da vida social e econômica, até atingir o estágio do “Estado mínimo”. Descentralização significa, então, reduzir o Estado às suas funções mínimas: apenas a proteção contra a violência, o roubo, a fraude, além da garantia dos contratos. Essa proposta inclui privatizar agências e serviços públicos ou financiar com recursos públicos o consumo de serviços privados (*tickets*, vales etc.) e desregulamentar a economia para torná-la mais competitiva. Aqui, descentralização significa também privatização, para que se incorpore, segundo o argumento neoliberal, as lógicas privadas da eficiência, da racionalidade e do lucro.

No campo neomarxista, descentralização foi entendida como meio para fazer avançar o próprio conceito de democracia, pois a crise do Estado era, também, uma crise das formas de representação Estado/sociedade. Nesse campo, os autores ressaltam a crise da sociedade do

trabalho (Gorz, 1988) e as tendências de esgotamento das suas energias utópicas (Habermas, 1987), daí derivando os principais problemas do EBS. As saídas estariam em um novo Estado Social, mobilizando novas arenas sociais, em que se destacariam os novos movimentos locais. Segundo Draibe (1990),

proposições desta natureza vêm respondendo a um outro tipo e nível de argumentação e justificativa, a do reforço da solidariedade social, fundada sobre as novas bases da produtividade e economia do trabalho. O argumento, em resumidos termos, parte da tese de que nas condições atuais de crise, mudanças tecnológicas e reorganização do tempo do trabalho social, muitos são os desdobramentos advindos dos fortes impulsos à redução de trabalho, principalmente quando esse processo não é acompanhado por preventivas medidas de política social e econômica: eliminação de postos de trabalho, diminuição do volume do emprego, marginalização e desemprego, aumento das possibilidades de redução da jornada etc. No que se refere ao campo das políticas sociais, aqueles processos tendem a produzir impactos negativos sobre a integridade dos sistemas de proteção social, introduzindo severas rupturas entre os que seguem empregados e portanto gozam de proteção e os tanto que não estão ou não vão entrar mais no mercado de trabalho e por isso ou estão precariamente protegidos ou não gozam de qualquer proteção social do tipo tradicional, passando a integrar o mundo dos desvalidos demandantes das políticas e programas de tipo assistencial.

Cabe mencionar, ainda, a identificação do conceito de descentralização com o processo de democratização: o processo de descentralização pode vir a criar uma coletividade territorial, capaz de assumir a gestão dos interesses coletivos, na qualidade de esfera dotada de identidade sócio-cultural e política. Esse processo supõe a transferência de competências e recursos para a maior autonomia do nível local, associada à organização e à participação da comunidade (Borja, 1989).

Na verdade, a proposta da descentralização foi incorporada por diferentes tipos de ideários, até porque têm, todos, uma base comum de constituição: a crise de um padrão de crescimento baseado na centralidade das ações estatais, em que ocorreram desvios de natureza burocratizante, centralizante etc. Mas, por estar nas agendas de reforma de visões tão diferentes, a extensa literatura sobre descentralização tem como características (Castro, 1992):

- a. falta de consistência e de clareza do conceito de descentralização;
- b. dificuldade de estabelecer parâmetros que permitam a comparação entre casos de diferentes países ou mesmo entre experiências num mesmo Estado nacional;
- c. diversidade de variáveis utilizadas para avaliar ou medir o grau de descentralização;
- d. pluralidade de valores, muitas vezes contraditórios, embutidos no conceito de descentralização.

Castro propõe, então, partir do senso comum como o melhor modo de definir descentralização: se centralizar é concentrar poder e autoridade no centro do Estado, descentralizar é distribuí-lo nas estruturas do Estado. O caráter genérico dessa definição, porém, comporta diferentes arranjos estruturais. No plano político, a idéia de descentralização refere-se à desconcentração do sistema decisório, ou melhor, delegar o poder de formular políticas, de definir prioridades, de alocar recursos para instâncias descentralizadas. Estas podem ser tanto organismos estatais, estruturas regionais, governos estaduais ou locais, como também instâncias decisórias institucionalizadas (conselhos, comissões etc.) dotadas de poder deliberativo, ou, ainda,

formas *mistas* que envolvam a parceria do setor público com o privado (lucrativo ou não) no processo decisório. Do ponto de vista administrativo, a descentralização refere-se basicamente à desconcentração do aparelho administrativo sem implicar dispersão do poder decisório. Do ponto de vista econômico, a descentralização diz respeito à transferência das decisões econômicas, concentradas no Estado, para o mercado e consumidores (por exemplo, os programas de renda mínima, auxílio monetário às famílias, *voucher* para educação etc.).

Assim, segundo Castro, a noção de descentralização pode se referir à reforma das funções do Estado, transferindo responsabilidades do governo central ou federal para os níveis regionais e/ou locais; pode também significar a transferência de funções governamentais para setores não-governamentais, lucrativos ou não, visando estimular as forças de mercado e reduzir o tamanho do Estado para torná-lo "mais eficiente"; e até mesmo a devolução à sociedade da gestão dos serviços públicos, incentivando novas formas de solidariedade e de controle social.

De acordo com Goldsmith e Newton (1990), a principal dificuldade de definir um conceito preciso de descentralização talvez resida no apelo eleitoral do termo, aclamado por partidos de diferentes colorações políticas, desde os meados dos anos 70. Segundo Bennett (1990), as variações do conceito justificam-se na medida em que as experiências de descentralização referem-se essencialmente a uma situação de mudança, ou seja, à recente passagem das estruturas hipercentralizadas em direção às descentralizadas.

Sharpe (1988), ao examinar o crescimento das atividades e do gasto governamental em 15 países, atribui o maior crescimento do nível local e regional em relação ao nível central, sobretudo a partir dos meados dos anos 60, a seguintes fatores: efeitos da intensa urbanização; demandas crescentes por serviços governamentais em decorrência da própria expansão do EBS; e menor resistência dos contribuintes em acatar a elevação de impostos cobrados por governos locais do que por governos nacionais, devido à maior visibilidade dos benefícios obtidos. Nesse argumento, o processo de descentralização justifica-se mais pelo movimento (natural) de crescimento das demandas sociais do que pela crise do Estado.

Para Castro (1992), a despeito da variedade de interpretações, é possível distinguir temas comuns e certos valores presentes no debate: a idéia de maior grau de *responsiveness* dos políticos e dos governantes às preferências da coletividade local; de melhor eficiência administrativa; a de redefinição dos mecanismos de representação, implicando contrapesos mais efetivos ao poder, incrementando a participação societal e estimulando a cidadania democrática (e de maior grau de *accountability*); e, finalmente, a de incentivo ao surgimento de políticas públicas inovadoras e diversificadas.

As políticas sociais no plano internacional estiveram sob a influência marcante dessas idéias, presentes no debate sobre descentralização, e a literatura a respeito já vem chamando a atenção para a emergência de uma "nova agenda pós-Estado de Bem-Estar Social" (Bennett, 1990). Em contraposição ao paradigma *welfarist*, responsável pela institucionalização do papel do Estado central como provedor e planejador de políticas sociais, com base nos direitos da cidadania e nos princípios de igualdade e justiça social, a nova agenda move-se em outra direção. Tem por objetivos encontrar respostas mais efetivas à diversificação de demandas dos usuários; descentralizar as relações intergovernamentais, de modo a tornar mais eficaz o aparelho administrativo; flexibilizar a alocação de serviços públicos para o setor privado; atender aos novos apelos do eleitorado; democratizar a gestão dos serviços; e aprofundar os contrapesos ao poder do excessivo estatismo, que marcou o crescimento do Estado de Bem-Estar Social.

As políticas de descentralização do EBS ocorreram, por exemplo, na França, no governo Mitterrand, a partir das reformas nas áreas de educação, habitação e saúde, e, desde a lei da

descentralização de 1982, desenvolve-se um intenso debate sobre a conveniência da descentralização para inúmeras tarefas que eram de responsabilidade do nível central. Na Alemanha, assiste-se a um movimento de regionalização da educação básica, ao lado de uma crescente autonomia de atuação dos níveis regionais. Na década de 80, a Noruega, a Dinamarca e a Suécia também implantaram profundas reestruturações no sistema de proteção social no sentido da descentralização. A Itália, em 1978, descentralizou os serviços de saúde, dentro de um quadro mais amplo de reforma sanitária, criando áreas de saúde (as Unidades Sanitárias Locais), com alto grau de autonomia para a gestão dos serviços. Nesse mesmo país, na área educacional, também se fizeram reestruturações visando a descentralização.

Segundo alguns autores (Sharpe, 1988; Ashford, 1988), entretanto, essa tendência de descentralização resultou do próprio crescimento dos aparelhos estatais produtores de política social, em que se expandem, ao mesmo tempo, os aparelhos centralizados e os descentralizados. Segundo Castro (1991),

o paradoxo é que, ao mesmo tempo em que cresce o espectro de ação do governo central (e com ele, o grau de centralização), verifica-se o crescimento do âmbito de ação dos governos subnacionais e do grau de descentralização. Menos do que um fenômeno de "soma zero", configura-se um processo cumulativo onde os processos de centralização e descentralização reforçam-se mutuamente.

Descentralização na América Latina

Na década de 80, a temática da descentralização também se impôs com razoável força nas discussões sobre os rumos da política social nos países latino-americanos. Aqui, a crise do modelo de crescimento do período 1960-1970 — que se caracterizava pelo alto grau de intervenção estatal — fez surgir a necessidade de transformação do Estado, e, com ela, a temática da descentralização entrou na agenda das propostas neoliberais e das que se apresentavam como alternativa a elas³.

É necessário, nesse processo, distinguir as diferentes motivações, pois há movimentos se superpondo: no continente, tanto nos países de Estados federais como nos unitários, emergem processos visando a mudança na lógica centralizadora anterior, agravada pela instituição de governos autoritários militares, no final dos anos 60. Tal movimento buscou o estabelecimento ou da maior autonomia dos Estados federados frente à União, visando a descentralização de competências que antes eram atribuições do nível federal (Argentina, Brasil, Venezuela e México); ou de regiões de ordem constitucional, nos países unitários (Chile, Peru e Bolívia), ou de ordem administrativa e de planejamento (Colômbia e Guatemala), ou de novos regimes municipais (Colômbia, Chile, Equador e Guatemala).

Aqui cabe uma reflexão: a descentralização em países de estrutura federativa assume formas específicas, pois é característica do sistema federativo a não-centralização. Segundo Elazar (1991), não existe uma relação de centro/periferia no sistema federativo, e sim uma não-centralização contratual, com dispersão estrutural de poder por vários centros, cuja autoridade é constitucionalmente garantida. Mas não-centralização é diferente de descentralização, e

3. Ver, por exemplo, os termos do "Consenso de Washington" e, em particular, para área social, o documento: "Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform", elaborado por John Akin, Nancy Birdsall e David de Ferranti. Como exemplo de proposta alternativa ao neoliberalismo, ver o trabalho da CEPAL, *Transformación productiva con Equidade: La tarea prioritária del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa*, Santiago, 1990.

não se pode caracterizar, então, as estruturas federativas como descentralizadas, pois a justeza da aplicação desse conceito implica a existência uma autoridade central que possa descentralizar ou recentralizar quando quiser.

Outro aspecto, discutido por Elazar, refere-se às ligações entre o movimento de centralização e os processos de construção do Estado-nação nos países de constituição capitalista recente. Nestes, surge, em um primeiro momento, a necessidade de centralização, como instrumento de formação e consolidação do Estado capitalista, para, no momento seguinte, na década de 70, emergir outra tendência, a da descentralização. O surgimento da descentralização pode se dar tanto pela intenção do nível central quanto à sua revelia (ou por sua ausência em alguma antiga função ou atividade), ou por uma mistura de ambas — intenção/ausência.

Dessa forma, a centralização do Estado na América Latina pode ocorrer mesmo nos países de estrutura federativa, devido ao atraso na formação do Estado capitalista e, mais recentemente, aos ciclos autoritários. Em alguns casos, esses processos chegaram até mesmo a se mesclar no tempo. No Brasil, por exemplo, apesar da estrutura federativa, verifica-se uma convivência prolongada com movimentos de extrema centralização — o que fez com que se recorresse até mesmo à idéia de um “federalismo incompleto” para caracterizá-lo (Camargo, 1992). Mas é certo, também, que o Brasil é um dos países que possui uma das mais altas descentralizações fiscais na América Latina, com um volume expressivo de redistribuição regional de receitas e forte autonomia dos Estados e municípios em termos de competência tributária, desde a década de 60.

É também verdade que, ao longo da história brasileira, sempre existiu uma forte tensão entre as forças da centralização (aglutinadas no governo federal) e as forças da descentralização (concentradas nos Estados e nos municípios), ocasionando severas lutas, revoltas e rebeliões constantes, após a independência nacional, excetuando-se apenas o período que corresponde à República Velha. Esse notável paradoxo talvez se explique pelos longos períodos de regimes ditatoriais e autoritários, o que ensejou tipos específicos de centralização e mesmo de federalismo no Brasil e em outros países de estrutura federativa na América Latina. No Brasil, não por acaso, os movimentos de democratização vieram acompanhados da idéia da descentralização, significando maior poder para as instâncias estaduais e municipais de governo e propondo a emergência de um real federalismo.

Cabe ressaltar que, também na América Latina, os movimentos pela descentralização ocorreram junto com o processo de democratização e refletiram o esgotamento dos níveis centrais de governo em várias funções e atividades, isto é, nas suas capacidade de extrair recursos, formular políticas e expressar interesses. A conjunção, na América Latina, do auge do Estado desenvolvimentista com o período dos regimes autoritários colocou na ordem do dia do processo de democratização a mudança das relações entre os Estados e o nível federal, nos Estados federais, e entre as localidades e o nível central, nos Estados unitários.

A discussão sobre a descentralização das políticas públicas — e das políticas sociais, em particular — é de outra ordem. Em alguns casos, como na política de saúde, o referencial é a constituição de sistemas organizados de fornecimento de bens e serviços, com definição precisa de atribuições para cada instância do aparato central (diferentes órgãos de um mesmo ministério) e, também, para cada instância governamental (nível central, Estados/regiões, municípios/comunas). Aqui, a questão específica é a da montagem de sistemas nacionais de política, em que se deve reforçar simultaneamente os níveis centrais e os descentralizados, a fim de centralizar comandos e poder regulador e descentralizar operações.

Mas, como o movimento de descentralização envolve redistribuição de atribuições e funções entre esferas de governo, há uma tendência para que esses dois movimentos — descentralização das estruturas de governo e de determinadas políticas públicas — acabem por se

influenciar e reforçar mutuamente, criando até mesmo altos graus de dependência entre si. Assinale-se que tais processos assumem caminhos específicos, conforme a estrutura de governo (federativa ou unitária).

A seguir, apresento as visões a respeito da descentralização em saúde. Esse debate admitiu também diferentes pontos de vista, cabendo lembrar as duas propostas que emergiram para a América Latina, na década passada.

Descentralização na área de saúde

A discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde acelerou-se, na década de 80, em função das necessidades de pensar os caminhos de reestruturação do Estado, devido à crise de antigos modelos de sua intervenção, inserindo-se, portanto, nos debates mais amplos sobre uma agenda de reforma para o Estado contemporâneo. Na área da saúde, essa discussão tomou rumo próprio a partir da Conferência de Alma-Ata⁴, quando se constatou que os sistemas nacionais de saúde viviam momento de crise profunda, que se acentuava ainda mais nos modelos de saúde implementados pelos países subdesenvolvidos. Sugeriu-se, então, um amplo programa de reformas, dando bastante ênfase à questão da descentralização dos serviços de saúde. Na América Latina, são exemplos dessa ênfase a proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), e as propostas do Banco Mundial, esboçadas no documento "Uma Agenda para Reforma"⁵.

A proposta da OPS de reorganização dos serviços de saúde incentivava a formação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS)⁶, mediante a divisão do trabalho no interior do Sistema Nacional de Saúde, com critério geográfico populacional, em áreas urbanas ou rurais, de acordo com as necessidades da população definidas em termos de riscos. Parte fundamental do Sistema Nacional de Saúde, ou seja, unidades básicas desse sistema, os SILOS devem ter como sua responsabilidade a atenção a indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidade e meio ambiente, coordenando os recursos disponíveis, do setor saúde ou não, facilitando a participação social. Devem, portanto, integrar os recursos de saúde da área, incluindo os hospitais, centros e postos de saúde, em uma rede de serviços inter-relacionada com níveis de atenção compatíveis com a necessidade da população. Articula-se assim o desenvolvimento de programas que busquem atender as necessidades da população com a estrutura e o funcionamento da capacidade instalada existente. De acordo com a proposta, o tamanho dos SILOS varia de acordo com as realidades de cada país, sendo conveniente um nível resolutivo de, pelo menos, um segundo grau de complexidade, combinado com uma adequada eficiência no uso dos recursos. Além da capacidade tecnológica que possibilite um adequado poder de resolução dos problemas de saúde de sua área, os SILOS devem possuir uma adequada capacidade técnica administrativa nas áreas de planificação, administração, informação, epidemiologia e um conjunto mínimo de recursos humanos adequadamente treinados. Mas a participação da comunidade é de fundamental importância e faz-se mediante o estabelecimento de uma relação de responsabilidades recíprocas.

A OPS definiu também um outro conceito, o dos Distritos de Saúde⁷. Parte do Sistema Nacional de Saúde, o Distrito é mais ou menos auto-suficiente, compreendendo, primeiro e

4. Sobre a Conferência de Alma-Ata, ver Capítulo I.

5. Ver AKIN, John, BIRDSALL, Nancy e FERRANTI, David. "Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform". Sobre a proposta de SILOS são inúmeras as publicações da OPS.

6. OPS, Resolução XV, Documento CD — 33/14.

7. OMS. Documento Who/SHS/OH/88.1. Genebra, 1988.

principalmente, uma população que vive em uma área geográfica e administrativa claramente definida, seja urbana ou rural. Também inclui todas as instituições e indivíduos que ofereçam atenção à saúde nessa área: governo, seguridade social, entidade não-governamental privada e tradicional, a atenção individual, todos os trabalhadores em saúde, estabelecimentos (até mesmo o hospital de referência de primeiro nível de atenção), serviços de laboratório e de diagnóstico ou de apoio logístico. Um Sistema Distrital de Saúde, portanto, consiste numa grande variedade de elementos interrelacionados que contribuem à saúde nas casas, escolas, locais de trabalho e comunidades, através do setor saúde e de outros setores relacionados. Seus componentes devem estar bem coordenados por um responsável, a fim de articular todos os elementos e as instituições em um conjunto integrado de serviços de saúde de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Pode-se afirmar, então, que o eixo de ambas propostas — SILOS/Distrito de Saúde — é a “territorialização” e a descentralização dos serviços de saúde, segundo uma ótica de ordenamento e integração de programas e atividades, tanto para a atenção ao indivíduo, à família e à comunidade quanto ao meio ambiente, de uma maneira coerente, harmônica e lógica em relação às verdadeiras necessidades da população. Assinale-se que o Distrito de Saúde é uma unidade mínima (com população referida), enquanto a idéia de SILOS é mais abrangente (não necessariamente área mínima). Deve-se observar também que o sistema local, na proposta de SILOS, é parte integrante de um sistema nacional, não havendo, portanto, nenhuma incompatibilidade entre a formação de sistemas nacionais e a de sistemas locais.

Segundo Paganini (1989), os sistemas locais de saúde devem ser vistos como uma estratégia fundamental para reorganizar e reorientar o setor saúde, a fim de atingir a equidade, eficácia e eficiência com base na estratégia de atenção primária. A definição de sistemas locais de saúde e de programação local traz implícito a superação de esforços isolados, destinados a populações segundo grupos de idade, patologias ou ações preventivas ou curativas, visando um esforço do conjunto de todo o sistema para organizar os recursos e as atividades em relação às necessidades da população e seus riscos principais. É um enfoque integrador tanto conceitualmente como operacionalmente. Mas, por outro lado, o apelo à constituição de sistemas locais e a ênfase na conceituação de uma área mínima para a organização dos serviços de saúde (distritos, módulos ou outro nome que se queira dar) respondem também à necessidade de delimitar áreas com populações definidas e fechadas para as ações de saúde pública, até mesmo por uma razão bem simples: não se pode medir o impacto e os resultados se a demanda para as ações de saúde estiver em aberto.

A proposta de descentralização do Banco Mundial, apresentada no documento *Agenda para Reforma*, é de outra natureza e está associada a três outras reformas: pagamento dos serviços pelos usuários na área curativa, estímulo aos seguros saúde e emprego eficiente dos recursos não-governamentais. O objetivo definido é dotar os serviços de saúde de maior eficiência e estimular o pagamento, por parte dos usuários, da atenção curativa, sob a justificativa de que a proximidade serviço/usuário induz a cobrança de preços justos. Dessa forma, a proposta de descentralização aparece junto com a da privatização, e ambas se justificam como instrumentos de contenção de despesas governamentais para aliviar a crise fiscal e financeira do Estado na América Latina — crise que decorre sobretudo dos encargos das dívidas externas dos países latino-americanos.

Se na proposta do Banco Mundial interligam-se a questão da descentralização em saúde com a discussão da crise de financiamento do Estado, para Oszlak (1987), essa questão aparece como parte integrante de uma agenda mais geral de reforma do Estado. Conforme o autor, há três questões na discussão da reestruturação do Estado: os limites desejáveis da intervenção do Estado (reconsideração de seu tamanho) e a legitimidade de suas atuais funções; as possibi-

lidades de governabilidade da sociedade frente aos desafios da crise estrutural e a precariedade de recursos do setor público frente ao crescimento das expectativas e tensões sociais; e a inércia da burocracia, estabelecida supostamente devido à vigência de pautas culturais tradicionais e autoritárias, incongruentes com os valores da eficiência e do desempenho responsável.

É frente a essas questões que, segundo Oszlak (1987), se deve esboçar um programa de descentralização do setor público, abarcando transformações tecnológicas, culturais e sociais. Tal programa pode ocasionar a diminuição do tamanho do Estado, o que é solução para o encurtamento de recursos, possibilitando a melhoria das tecnologias de organização e gestão e o aumento da racionalidade e produtividade. Com isso, torna-se possível atuar sobre as pautas culturais e valorativas da burocracia estatal para lograr a democratização de seus estilo de gestão. Tudo isso, por fim, pode redundar em maior possibilidade de acesso aos recursos e serviços do Estado por parte da sociedade.

Deve-se, porém, definir com precisão os conceitos pertinentes a esse processo, pois são diferentes os caminhos da descentralização, desconcentração, delegação, devolução e privatização. Assim, o movimento de transferência de responsabilidades em matéria de planificação, gestão, obtenção e alocação de recursos, do governo central para o nível local pode ser:

- a. descentralização, quando há delegação às unidades de "campo" dos organismos do nível central;
- b. desconcentração, quando há delegação às unidades subordinadas do nível central;
- c. delegação, quando a passagem envolve as autoridades regionais;
- d. devolução e privatização, quando a passagem recai nas organizações privadas ou voluntárias.

A linha tênue está na diferença entre descentralização e desconcentração: a descentralização supõe a transferência de poderes (ou de uma função especializada) do nível central para uma área com distinta personalidade jurídica, enquanto a desconcentração transfere atribuição ou responsabilidades de execução para os níveis inferiores de dentro do governo central e de suas agências. Além disso, a descentralização, mais do que uma mera reorganização, pode ser de ordem geográfica e funcional, outorgando certo grau de discricionariedade aos agentes nacionais em nível local para planificar e implementar programas e projetos, ou para ajustar as diretivas do nível central às condições locais, segundo diretrizes estipuladas pelo nível central (ou por suas agências). Nesse sentido, pode-se distinguir, com bastante precisão, desconcentração de descentralização. Para ele, descentralização implica o estabelecimento de órgãos com personalidade jurídica, patrimônio e formas de funcionamento próprios; na desconcentração, ao contrário, os órgãos operam com a personalidade jurídica que corresponde ao respectivo órgão central.

A partir desses conceitos, a descentralização em saúde deve envolver o deslocamento do fluxo do poder político, administrativo e tecnológico de certas unidades centrais para níveis periféricos, intermediários e locais. A descentralização torna-se, assim, um instrumento de estruturação do poder, aproximando os problemas às instituições de nível intermediário e local e, também, transferindo a capacidade de tomar decisão (pois não há descentralização efetiva sem capacidade normativa em cada nível). Além disso, a descentralização na saúde deve envolver aspectos administrativos, econômicos e epidemiológicos. Assim, a fixação de políticas e a gestão de instituições e de programas envolvem sempre um *mix* de centralização, desconcentração e descentralização. Por outro lado, não se confunde a descentralização com a regionalização, pois esta pode ocorrer tanto com a centralização quanto com a descentralização, da qual é sempre um processo complementar.

Segundo a OPS, a descentralização em saúde deve também se pautar pela explicitação de alguns objetivos, entre os quais:

- a. aumento da capacidade de resolver problemas, aproximando a tomada de decisões do local onde os problemas se encontram;
- b. reversão à comunidade e aos indivíduos da capacidade de decidir;
- c. extensão da cobertura com equidade e eficiência;
- d. aumento da capacidade de resposta eficiente aos problemas de saúde comunitários;
- e. obtenção de uma maior eficiência técnica e uma maior eficiência social;
- f. melhora da organização do sistema de saúde e da prestação dos serviços;
- g. permissão da participação na busca da melhoria da qualidade de vida;
- h. finalmente, proposta de uma melhor participação do beneficiário nos serviços de saúde e da comunidade no processo de tomada de decisões.

A proposta da OPS e as questões discutidas por Oszlak e Paganini buscam integrar a discussão da descentralização à da constituição de sistemas nacionais de saúde. Para Paganini (1989), descentralização é também um instrumento de questionamento do conceito de assistência médica. Para Oszlak (1987), a descentralização deve ter objetivos finalísticos, alterando não apenas os padrões de atuação do Estado, mas também o próprio impacto das ações setoriais em saúde. Nesse caso, a descentralização situase em um campo que ultrapassa questões técnico-administrativas e assume valores políticos finalísticos, reintroduzindo a temática da equidade, do controle social e da própria instituição do conceito de cidadania social (saúde como direito).

Descentralização da política de saúde no Brasil

Nos anos 80, caminhamos no Brasil para uma descentralização da política de saúde, com mudança no papel e na modalidade de intervenção do Estado. Essa mudança foi impulsionada pelo quadro conjuntural da década de 80 — crise e democracia: o processo de democratização propiciou a adoção de um tipo específico de política, mais ligado ao modelo institucional-redistributivista de política social, enquanto a crise impunha limites sérios à adoção desse modelo de forma mais abrangente e radical.

A tendência à descentralização, como foi visto, também apareceu nas agendas de reformulação do papel do Estado nas economias maduras, assumindo aspectos bastante particulares na América Latina. Descentralizar, na década de 80, foi a palavra de ordem que marcou o espaço de consenso entre os neoliberais e o pensamento neomarxista, frente à necessidade de imprimir novos parâmetros à atuação do Estado. Na área de saúde, a descentralização assumiu contornos específicos, sendo bastante influenciada pelos modelos históricos de prestação de serviços (o modelo inglês) e pelas discussões encaminhadas pela OPS.

O processo de descentralização vincula-se, também, à própria lógica interna do Estado: este expande aparelhos e funções, centraliza-se, perde capacidade gerencial, descentraliza-se, recentraliza-se etc., e, a cada movimento, novos atores aparecem e mudam os cenários políticos. Nessa medida, não se pode atribuir nenhuma ligação mecânica entre centralização e formas autoritárias de governar, de um lado, e descentralização e formas democráticas de governar, de outro. Além disso, todo ato de descentralização vinculase a novos movimentos de centralização.

Mas, no Brasil, a questão da descentralização na saúde acabou se politizando significativamente, devido ao tipo de descentralização operada (para instâncias estaduais e municipais

de governo), em meio ao processo de democratização. Com a abertura do sistema, ampliam-se as disputas eleitorais, em que as questões sociais assumem dimensões importantes por causa das desigualdades e heterogeneidades do desenvolvimento econômico. É como se houvesse um ciclo eleitoral para as políticas sociais, fazendo com que o investimento em equipamentos sociais e o grau de intervenção do Estado, na área, estejam sempre pressionados pela “chegada” das eleições. Assim, o campo social vê-se atravessado por vários níveis e tipos de intervenção governamental, sem que haja uma definição precisa de competências da ação de cada nível (federal, estadual e municipal), pois os três precisam de votos para legitimarse e, portanto, devem concretizar realizações na área social. Dessa forma, as pressões para descentralização são imensas. Mesmo que se defina, como na saúde, atribuições para cada esfera, tal idéia de sistema é constantemente questionada, pois todos os níveis são impulsionados para ofertar todo tipo de serviço, ferindo, portanto, a própria lógica da descentralização pretendida.

Nesse quadro, para melhor compreendermos o processo que ocorreu na área de saúde, na década de 80, é necessário, em primeiro lugar, conceituar o tipo de descentralização operado: foi uma descentralização política de tipo específico, para instâncias estaduais e municipais de governo, iniciada a partir do nível central. Tal fato só pôde ocorrer porque havia uma alta centralização operada na política de saúde, no período autoritário, o que tornou inexpressiva a participação dos Estados e dos municípios na oferta de serviços, no financiamento do gasto público, na regulação das ações e na formulação de programas. Entretanto, nem sempre o papel dos Estados e dos municípios em relação a essa política setorial foi assim, e isto até mesmo por uma razão bem simples: o Brasil é um país de estrutura federativa, o que significa que, pela natureza mesmo do regime federativo, a não-centralização é a característica da operação de muitas políticas públicas. No limite, portanto, pode até ser equivocado, para o nosso caso, falar em processo de descentralização.

De fato, o papel das instâncias estaduais e municipais na política de saúde nunca foi da forma como ocorreu no período autoritário. Mesmo antes disso, a participação dos Estados e dos municípios nas políticas públicas foi diferenciada, devido à própria dimensão continental do país, fazendo com que essa participação dependesse da estrutura econômica, da disponibilidade de recursos públicos e da própria tradição e valores culturais. A grosso modo, pode-se falar de uma maior autonomia da esfera federal nos Estados e nos municípios das regiões Sudeste e Sul em comparação com os do Norte e Nordeste, quanto à capacidade de extrair recursos, formular, implementar e gerir políticas públicas, principalmente na área social. Cabe também assinalar que, desde a Constituição de 1934, é competência do nível municipal a organização de serviços públicos locais, existindo competências concorrentes na área da saúde (e também da educação), o que ocasionaria o surgimento de redes paralelas para a prestação desses serviços.

É necessário, portanto, conceituar o tipo de relação que se estabeleceu entre os níveis de governo (nível central/Estados e municípios) na constituição das políticas sociais, ou melhor, ao longo da emergência, consolidação e crise do sistema de proteção social no Brasil. Conforme a periodização proposta por Draibe e Aureliano (1989) para as fases e períodos de emergência, consolidação e crise de *Welfare-State* no Brasil, o período de 1930-1943 é o da introdução desse sistema; de 1943-1964 é o da “expansão fragmentada e seletiva”; de 1964-1977 é o da “consolidação institucional e expansão massiva”; e de 1977-1988 é o da “crise e ensaios de reformulação”. O primeiro período é caracterizado pela introdução da legislação previdenciária e trabalhista. O segundo é marcado por uma expansão que se mantém nos moldes e parâmetros definidos pelas inovações do período anterior, pois, segundo Draibe e Aureliano,

ao mesmo tempo há avanços nos processos de centralização institucional e no da incorporação de novos grupos sociais aos esquemas de proteção, sob um padrão, entretanto, seletivo (no plano de beneficiários), heterogêneo (no plano dos benefícios) e fragmentado (nos planos institucional e financeiro) de intervenção social do Estado.

O terceiro período é o momento de transformação, tanto do aparato institucional (que se torna mais centralizado) quanto do perfil de financiamento (criação dos fundos sociais) da política social, ao lado de uma expansão massiva. O último período é o da crise em que afloram questões referentes à instabilidade do perfil de financiamento das políticas sociais (alta sensibilidade aos ciclos econômicos); o questionamento do caráter excludente do sistema de proteção social (regras de inclusão/exclusão, privilégios e desigualdades) e, por fim, a crítica à alta centralização e burocratização dos modos de organização e decisão do sistema.

Assim, se o traço característico do período 1964-1977 é a forte centralização das políticas públicas e, no caso específico da política social, a “consolidação institucional (da forma centralizada) e expansão massiva”, em que os Estados não passam de receptores da política federal, o grande período anterior, de 1930-1964, de “expansão fragmentada e seletiva”, pode ser caracterizado por uma relativa parceria entre os níveis federal, estadual e municipal na implementação das políticas sociais. Basta lembrar — para mencionar apenas as duas áreas fortes da política social — como foi grande o peso dos Estados na educação de 1º e 2º graus (que permaneceria na esfera estadual mesmo após a centralização, a partir de 1964), além da formação de algumas universidades estaduais e centros de pesquisa nesse período; e, na área da saúde, a constituição de algumas secretarias estaduais de saúde e a expansão dos investimentos para a construção de hospitais públicos estaduais e centros de saúde, ou, então, da execução de massivas campanhas de saúde pública.

A crise do padrão de proteção social no período 1977-1988, por sua vez, é também o período de crise das formas centralizadas de políticas e, portanto, momento da emergência, novamente, dos Estados na política nacional, além do questionamento profundo da imensa centralização de recursos e do poder, no período imediatamente anterior. Aqui, confundem-se a discussão sobre a conveniência da descentralização para algumas políticas específicas com o debate maior sobre a relação Estados federados/federação no próprio federalismo brasileiro.

O que pretendemos aqui é resgatar um novo ângulo para a análise do papel das instâncias estadual e municipal na política social: se é verdade que a crise e a democratização, por um lado, e o cenário internacional de reforma do Estado, por outro, incentivaram o movimento de descentralização, entretanto, há que se pensar também nas formas e modalidades de relações constituídas entre as instâncias federal e estadual durante a emergência e a consolidação do sistema de proteção social no Brasil, ou seja, nos períodos anteriores à crise.

Convém lembrar que a participação dos Estados na oferta de serviços sociais, no período 1943-1964, não se desfez no período seguinte, de centralização (1964-1977), pois não houve transferências desses equipamentos estaduais e/ou municipais (escolas, hospitais, centros de saúde etc.) para o nível central, e os Estados não deixaram tampouco de oferecer os atendimentos específicos a cada tipo de equipamento. O que ocorreu foi — isto sim — que o grosso do financiamento à área de saúde passou a ser operado pela área da previdência social, mediante a utilização de recursos do fundo previdenciário (FPAS) pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS), a partir de contratos e convênios com entidades privadas, diminuindo, portanto, as alocações de recursos fiscais para o gasto público em saúde, tanto no nível federal quanto nos níveis estadual e municipal. Em outras palavras, o tipo de centralização operado na política de saúde, no período 1964-1977, não implicou total desmantelamento (ou transferência) dos equipamentos de saúde estaduais e municipais. Seria mais

correto afirmar que essas redes, assim como a própria rede federal, passaram a ter um papel complementar na oferta de serviços e, portanto, careceram de recursos que garantissem a sua manutenção e ampliação. Dessa forma, o que houve foi, antes de tudo, uma centralização financeira, que privilegiou a compra de serviços privados, em detrimento da rede pública dos três níveis de governo, na oferta da assistência médica.

Outro aspecto importante é que a centralização do período 1964-1977 não ensejou a constituição de um sistema nacional de saúde, que normatizasse todas ações de saúde no território nacional⁸. Assim, trata-se de um tipo de centralização restrita ao perfil de financiamento da política, com hegemonia de um determinado tipo de atendimento — curativo —, para previdenciários, comprado do setor privado e regulado desde “cima”. Isso também evidencia que a descentralização ocorrida na política de saúde, na década de 80, não partiu do zero: nessa área, a descentralização foi facilitada pelo fato de alguns Estados e municípios estarem operando expressivas redes de serviços.

São importantes esses aspectos porque induzem, num cenário pessimista para a década de 90, a adoção de antigos papéis na área social já desempenhados por instâncias estaduais e municipais, no período anterior a 1964, em função da redefinição do “bolo” tributário. Ou então, se se quiser um cenário otimista, vislumbra-se a possibilidade não apenas da reafirmação de antigos papéis, mas também do surgimento de novas modalidades de intervenção das esferas estaduais e municipais no campo social — ao menos em alguns Estados e em algumas áreas, como saúde. Essas novas modalidades podem vir a ter como padrão o quadro de transformações e redefinições que se opera no Estado de Bem-Estar, nos países desenvolvidos, em que a preferência pelo nível regional/local nas políticas sociais não apenas obedeceu a princípios de ordem financeira, como também, em alguns casos (por exemplo, os países nórdicos), foi a saída encontrada para maior efetividade, eficácia e controle das ações sociais.

Pode-se afirmar, então, que o que é novo na política de saúde não é a simples presença de Estados e municípios, mas a forma como ela ocorre hoje, tendo como referência a constituição de um sistema nacional, que procura definir atribuições para cada esfera de governo, visando a criação de uma rede de serviços regionalizada, integrada, descentralizada e hierarquizada por níveis de atendimento. Esse processo, entretanto, só pôde emergir a partir desse par de características da década de 80 — crise com democracia — e da formulação de uma nova Constituição Federal, que redefiniu a relação existente entre os Estados, os municípios e o nível central, a começar pela Reforma Tributária, de 1988. Em suma, a crise minou os modelos anteriores de intervenção estatal; o processo de democratização impôs novas relações entre os Estados federados e o nível central; e a idéia mesma de descentralização em saúde induziu à formação do sistema nacional — o que reforça, de outra forma, a necessidade de centralização normativa. Esse quadro produziu não a simples presença, mas novas modalidades de presença das instâncias estaduais e municipais na política de saúde.

Mas o processo de descentralização só se concretizou a partir de determinadas condições: nos Estados, o avanço do espaço do interior em relação aos das metrópoles; no federalismo nacional, novas relações Estados/nível federal; nas agendas estaduais e federal de governo, o grau de centralidade da questão social e das propostas de descentralização; no aparato central governamental, o grau de sua disfuncionalidade; e, por fim, no campo social dos três níveis de governo, o grau de disputa pela intervenção, em função das fortes iniquidades presentes na sociedade brasileira.

O que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas também o da tentativa de formação do sistema nacional de saúde. De fato, na medida em que a

8. A Lei do Sistema Nacional de Saúde (1975) não conseguiu integrar os subsistemas público e da previdência.

política estruturou-se em rede de serviços (sistema), ao mesmo tempo em que imprimia uma descentralização operacional e política, que tem por base a municipalização, o processo de implementação do novo modelo de saúde tornou-se altamente complexo e diferenciado, conforme a região, os Estados e os municípios. Dessa maneira, quando frisamos que a descentralização em saúde foi pensada de forma a constituir um sistema nacional, queremos destacar que tal desenho de política impõe mudanças de peso no papel, nas funções e nas competências dos três níveis de governo e produz, simultaneamente, um tipo específico de relacionamento entre as esferas: no caso da política de saúde, de maneira a ocorrer integração, articulação, regionalização e hierarquização entre os serviços e entre as instituições, isto é, entre os níveis de governo. Dito de outra forma, o sistema possui também uma materialidade física, pois compõe-se de diferentes tipos de serviços, pertencentes a diferentes instituições, de diferentes níveis de governo em um tipo específico de integração e articulação. O sistema é composto pelas instâncias de governo e seus serviços, organizados de forma integrada e complementar, obedecendo a uma lógica espacial.

Mas as características da instância municipal no federalismo brasileiro — de alta autonomia, como bem definiu Mello (1993)⁹ — fazem com que sejam crescentes as tensões entre o tipo de descentralização pretendido e a idéia de sistema proposta. Desde a Constituição de 1934, o município brasileiro é um ente da Federação, o que o diferencia de instâncias similares em outros tipos de federalismo. No Brasil, as relações dos governos municipais com as esferas superiores são relações de governo a governo, e não de órgãos semidescentralizados que mantêm certa subordinação administrativa. Essa instância conta com recursos próprios, destacando-se pelo alto nível de receita, em comparação com outros países. O município brasileiro também tem a competência para elaborar sua própria lei orgânica, diferentemente também do que ocorrem em muitos países. Além disso, as leis municipais que tratem de matéria exclusiva do município podem sobrepor-se à lei ordinária estadual e federal.

Diante disso, não é difícil avaliar o grau de tensão que surge ao fazer desembocar a descentralização em municipalização e, ao mesmo tempo, pretender a criação de sistema, de acordo com o figurino internacional ditado pela OPS. De fato, é possível afirmar que a política federal acompanhou a proposta de constituição dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), seguindo as indicações da OPS de que sistemas locais (ou municipais, no caso brasileiro) pressupõem sistemas nacionais, ou seja, de que a descentralização impõe novas formas de centralização.

Por último, pode-se fazer uma afirmação mais polêmica: por meio da descentralização pretendeu-se, no Brasil, revolucionar o conceito mesmo de atenção à saúde.

9. Mello faz um estudo comparativo das características das instâncias municipais em vários países, construindo modelos de municípios. Conclui, então, que o modelo brasileiro é o que apresenta o maior grau de autonomia sob qualquer ponto de vista.

PARTE I

As mudanças na política de saúde na década de 80

(Brasil e Estado de São Paulo)

O objetivo desta Parte I é o estudo dos aspectos institucionais da política de saúde, no que se refere tanto à conformação de um sistema (federal e estadual), quanto ao processo de sua descentralização.

Apresento, primeiro, as mudanças ocorridas na política federal de saúde e suas inter-relações com a conjuntura econômica, política e social da década de 80, procurando identificar cinco grandes fases: a hegemonia do modelo centralizado, a hegemonia desafiada, a transição, o novo modelo de sistema descentralizado e a descentralização tutelada.

No Capítulo 2, descrevo as mudanças operadas no Estado de São Paulo visando a conformação do sistema estadual de tipo descentralizante e a configuração de um novo papel para essa instância de governo no interior da política de saúde.

No Capítulo 3, analiso a formação e a implementação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) por considerá-lo marco da mudança: pode-se afirmar que foi da interação das políticas federais e estaduais, iniciadas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo PMS, que teve início, de forma efetiva, o processo de descentralização e regionalização e a incorporação do componente assistência médica pelo setor público, inaugurando uma nova era.

Capítulo 1

Brasil: a reforma do sistema de saúde

Na década de 80, O Brasil formula e implementa uma profunda reforma no sistema de saúde. Ela se caracteriza pela integração dos subsistemas de saúde pública e da previdência, constituindo um sistema único e nacional, e pelo desenvolvimento de um processo de descentralização das decisões e da operação dos serviços. Na verdade, com a constituição desse sistema, integrado à área da seguridade social, aboliram-se as diferenças entre seguro-saúde e saúde pública.

O movimento de reforma iniciou-se pela constituição, no início da década, das Ações Integradas de Saúde (AIS), visando repassar recursos do INAMPS para as secretarias estaduais, de forma a implementar a integração das ações setoriais nos governos estaduais e locais, além de propiciar a expansão física e o reaparelhamento da rede pública e novas contratações de recursos humanos. Em 1987, com a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foi dado o passo decisivo. O modelo anterior foi sendo substituído à medida que se superava a dicotomia entre as ações preventivas e curativas e se acelerava o processo de descentralização operativa, por meio de um conjunto de convênios que transferiram para o nível estadual as responsabilidades pela gestão dos serviços (inclusive contratação de serviços de terceiros). Finalmente, em 1988, a nova Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), propugnando os princípios da descentralização com comando único no nível municipal para a gestão dos serviços públicos de saúde. O sistema seria ratificado pelas Constituições Estaduais de 1989 e pelas Leis Orgânicas dos Municípios.

Razões e conteúdo da reforma

Em linhas gerais, a intervenção do Estado na área de saúde sofreu uma série de modificações:

- na estrutura organizacional do sistema, com a formação de áreas descentralizadas de saúde;
- na forma de gestão, com a formação dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal) e com a presença dos vários segmentos participantes da política, inclusive os usuários;
- no modo de funcionamento, com a incorporação da assistência médica pelos centros de saúde pública, através de ações de pronto-atendimento e de atendimento programado, possibilitando superar a dissociação entre ações preventivas e curativas;
- na relação público/privado na provisão de serviços, com preferência dada ao setor público na oferta de serviços de saúde, passando o setor privado a ter um papel complementar na atenção curativa ambulatorial;
- no perfil do financiamento e do gasto público em saúde, com a elevação da participação dos recursos fiscais dos Estados e municípios para o gasto em saúde.

Na área de saúde, a característica mais marcante da década foi, além da garantia da universalização da cobertura, o reforço do setor público, tanto na oferta de serviços básicos quanto na coordenação e regulação do sistema de saúde, com base em pressupostos descentralizadores. A principal inspiração para a formulação desse sistema encontrava-se, de um lado, nos projetos para área de saúde desenvolvidos em alguns países do Primeiro Mundo (Inglaterra, Itália e países nórdicos) e, de outro, nas propostas formuladas no plano internacional, na segunda metade da década 70, de reforço à constituição de um novo tipo de intervenção do Estado, baseado na assistência primária e voltado para o aumento da efetividade das ações de saúde.

A proposta para a área de saúde era, fundamentalmente, de mudança da lógica anterior de atuação do Estado. Em primeiro lugar, tratava-se de diminuir os contratos com o setor privado, ampliando a oferta de serviços públicos básicos e aumentando as funções reguladoras do Estado. Em segundo, era preciso estruturar áreas de saúde em vários níveis (regionais, municipais e distritais), através de um sistema descentralizado, com integração e hierarquia entre os serviços. Por último, a proposta de Sistema Único também incorporava outros itens da agenda de discussões da década, como participação e aumento da eficiência ou eficácia e efetividade das ações sociais.

O que se propôs, então, no Brasil, foi um tipo de intervenção que incentivasse a descentralização, sem que fosse necessário recorrer, como vinha ocorrendo, a tantos serviços do setor privado — considerado, este sim, como razão dos desperdícios e da pouca efetividade da política. O desperdício e a não-efetividade eram explicados pela privatização da área de saúde, assim como pelo papel passivo, não-regulador, do Estado. Nessa medida, era difícil — se não impossível — propor privatização dos serviços no Brasil, pois a falta de eficiência do sistema era atribuída justamente ao caráter privatizante que assumiram as ações na área de saúde, no período autoritário.

Do ponto de vista do financiamento, o encolhimento dos recursos à disposição do Estado (devido à crise econômica do início dos anos 80) não era visto como empecilho à constituição do sistema público: o “vilão” era o setor privado, que absorvia a quase totalidade dos recursos disponíveis. A constituição do Sistema Único seria a peça chave para o “enxugamento” do gasto público em saúde e até mesmo para a diminuição dos custos do sistema, pois seria abandonado o modelo hospitalocêntrico operado pelo setor privado, em que todos os tipos de atendimento convergiam para os grandes hospitais. Criticou-se também no modelo anterior a alta participação dos recursos previdenciários e a baixa alocação de recursos de origem

fiscal para o gasto em saúde, o que se manifestava na reduzida participação do Ministério da Saúde no gasto público em saúde.

Pode-se afirmar que essa reforma do sistema de saúde no Brasil foi impulsionada pelas próprias características políticas da década de 80, de abertura e de aprofundamento do processo de redemocratização, trazendo à tona um movimento de conscientização do conceito de cidadania social. Tal movimento encontrou na saúde a sua área mais fecunda, destacando-se o papel relevante de um grupo de atores junto às instituições de saúde e à sociedade civil: o chamado Movimento Sanitário, organizado a partir dos Simpósios sobre Política Nacional de Saúde, ainda no final dos anos 70. Desde então, o Movimento Sanitário passou a formular alternativas à política anterior e a galvanizar apoios importantes para a reforma do sistema, participando intensamente de eventos referentes à área de saúde da década de 80: Conferências Nacionais de Saúde; reuniões da Associação Brasileira de Saúde Comunitária (ABRASCO); instalação da Comissão da Reforma Sanitária da Assembléia Nacional Constituinte e discussões, através da Plenária das Entidades de Saúde, tanto na elaboração da Constituição quanto na regulamentação dos dispositivos ali expostos, resultando na Lei Orgânica de Saúde.

Segundo Fleury (1991), o Movimento Sanitário apresentou três vertentes de concretização: a constituição de um campo de saber, a chamada saúde coletiva; a criação de espaços para uma prática política alternativa, o que foi feito por um conjunto de projetos experimentais de atenção primária, medicina comunitária etc.; e um trabalho de criação de uma nova consciência sanitária e de difusão ideológica. Essas atividades foram centralizadas, de forma preponderante, numa instituição da sociedade civil, o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (Cebes), que constituía, ao mesmo tempo, uma rede mais intrincada de trabalhadores da área de saúde.

Esses trabalhadores formam uma massa crítica no setor, de que o Movimento Sanitário é também reflexo. São fruto, talvez, da expansão do ensino médico no Brasil, durante a década de 70, e do grande peso econômico e administrativo do setor previdenciário na área da saúde — o que propiciaria a formação de um vasto segmento burocrático estatal. Este constituiu uma "elite" na saúde, na medida em que os médicos, apesar de seu assalariamento ao longo do regime autoritário, não se proletarizaram como, por exemplo, os servidores da educação. Na década de 70, graças à expansão horizontal do sistema previdenciário, essa elite encontrou na saúde seu *locus* privilegiado de florescimento, passando a formular a crítica do modelo então vigente de atuação do Estado e a reforma do sistema. A crise da Previdência, no final da década de 70, acabaria consolidando essa burocracia estatal como ator político fundamental da reforma, pois foi através de iniciativas do próprio setor público que se implementaram as políticas de reestruturação da área de saúde¹.

Desde então, esse segmento da burocracia e o Movimento Sanitário tornaram-se atores políticos importantes para a formulação de propostas alternativas ao modelo de saúde vigente. A atuação dentro do Estado foi a tônica desse movimento em saúde — o que se explica pela debilidade dos canais de representação de interesses da sociedade, como partidos e sindicatos. Por isso, entre as várias políticas sociais, a área da saúde é que iria contar com um movimento pró-intervenção do Estado mais importante, organizado e atuante.

A reforma, que no Brasil foi reforçada e impulsionada pelo processo de democratização, foi também auxiliada por uma conjuntura internacional favorável a mudanças: a década de 80 foi, em todo o mundo, de mudanças na política de saúde e de reestruturações significativas nos modelos de prestação de serviços. A seguir, serão explicitadas as principais referências internacionais das reformas dos sistemas de saúde e a descrição dos acontecimentos mais expressi-

1. Obviamente, não se trata aqui da burocracia estatal como um todo, mas de segmentos dessa mesma burocracia.

vos ocorridos na área, como a Conferência de Alma-Ata e a Reforma Sanitária italiana, cuja influência foi significativa no desenvolvimento da política de saúde no Brasil.

Cenário internacional

Desde a segunda metade da década de 70, o cenário internacional tem se caracterizado pela formulação de novas concepções para a política de saúde, orientada pela necessidade concreta de um novo modelo assistencial e institucional para os serviços e de um novo padrão de financiamento para o setor. Tais mudanças foram impulsionadas pela "crise sanitária", caracterizada por Ferrera e Zincone (1986) como decorrente de um quadro de déficit financeiro e desordem institucional dos sistemas nacionais de saúde. Trata-se, portanto, de um processo relacionado com uma crise maior, a da economia e do Estado de Bem-Estar Social, nos países capitalistas avançados.

Na metade dos anos 70, a crise parecia indicar a incapacidade do Estado de Bem-Estar Social de continuar financiando os serviços públicos essenciais, entre eles, a oferta sanitária — o que exigiria limites à oferta, tanto do montante de recursos alocados como de seus custos. Em outros termos, esses Estados foram levados a repensar os esquemas de financiamento do sistema e também a melhorar o nível de eficiência e efetividade dos serviços. Elaborou-se, então, uma nova estratégia na área da saúde, que se desdobraria em dois movimentos.

Universalização, descentralização, participação

O primeiro movimento preconizou a necessidade de implantação de um modelo que enfatizasse a assistência primária à saúde. Seus princípios básicos deveriam se pautar pela universalização da cobertura, pela descentralização (regionalização, hierarquização e integração) dos serviços de saúde e pela maior participação das comunidades no planejamento, organização e controle desses serviços.

O exemplo mais acabado desse movimento foi a Reforma Sanitária italiana, em 1978. Suas características mais gerais foram:

- universalização da cobertura (assistência como direito do cidadão);
- supressão das diversas entidades de "mútuas", constituindo uma nova e uniforme estrutura baseada no Distrito Sanitário e na Unidade Sanitária Local (USL);
- regulamentação normativa, prevendo modalidades uniformes de acesso e de movimento do usuário;
- reorganização "horizontal" do serviço sanitário, eliminando a barreira entre os níveis de assistência e reintegrando os momentos de prevenção, cura e reabilitação;
- recomposição unitária em nível territorial das diversas atividades setoriais, privilegiando o serviço de base.

Pode-se dizer que a Reforma representou um esforço de racionalização que, além de pretender uma reestruturação organizativa da oferta, propôs uma máxima abertura para a demanda, isto é, uma política que visa o usuário.

Outro marco importante na busca de novos modelos foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, em 1978. Reunindo delegações de 134 governos e representantes de 67 organizações e agências especializadas das Nações Unidas e entidades não-governamentais, a Conferência reforçou e explicitou o movimento de mudanças, indicando como saída para a crise a reorientação das políticas

nacionais de saúde, e ressaltou a prioridade da assistência primária à saúde, em graus diferenciados e de acordo com as realidades sócio-econômicas e políticas. As discussões constataram a grande desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como no interior destes últimos. Diante desse quadro, a Conferência enfatizou a necessidade de um novo enfoque em saúde e de uma nova organização para os serviços, que permitissem reduzir a separação entre os "privilegiados" e os "carentes", de forma a atender de maneira mais abrangente todos os cidadãos.

Um compromisso mundial também foi firmado: os governos deveriam se responsabilizar pela saúde de seus povos, o que só poderia ser realizado mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Definiu-se como uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, a de que todos os povos do mundo atinjam, até o ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social economicamente produtiva. Para que isso fosse alcançado, considerou-se como peça fundamental os Cuidados Primários de Saúde², definidos como aqueles cuidados essenciais (serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação),

baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e com tecnologia de acesso universal para o indivíduo e suas famílias e a um custo que a comunidade e o País possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. (...) Os Cuidados Primários são parte integrante do sistema de saúde do País, sendo o ponto central e o foco principal³.

Nesse sentido, a Conferência chamou a atenção para a necessidade de coordenar, em âmbito nacional, esses cuidados com os demais níveis do sistema de saúde. Ela também ressaltou que os Cuidados Primários devem ser o primeiro nível de contato dos indivíduos e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo, portanto, aproximar o máximo possível os serviços dos lugares onde o povo vive e trabalha. A participação comunitária em todas as fases do sistema assume, nessa proposta, grande importância, do mesmo modo que é prioritário o desenvolvimento de recursos humanos em saúde e setores afins, para que os profissionais de saúde, especialmente os médicos e os enfermeiros, sejam social e tecnicamente treinados e motivados para servir à comunidade. No plano internacional, a Conferência alertou, também, para a necessidade de cooperação mútua de todos os países, e conclamou as organizações internacionais, as agências multilaterais e bilaterais etc. a promoverem o desenvolvimento nacional dos Cuidados Primários de Saúde e prestar crescente apoio técnico e financeiro.

De fato, a partir da difusão dos princípios da atenção primária formulados em Alma-Ata, acelerou-se o desenvolvimento de políticas de *Primary Health Care* (PHC) em vários países de diferentes estágios econômicos, conforme estudos efetuado pela UNICEF/OMS⁴. Segundo tal estudo, as decisões nacionais com base em PHC inspiraram-se tanto em estudos anteriores, efetuados na década de 70 pela OMS, quanto nas diretrizes emanadas da Conferência de Alma-Ata, e surgem como resposta ao descompasso existente entre as necessidades de saúde e os recursos de saúde disponíveis, tanto em países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos. Mas, na verdade, não se pode dizer que esse processo teve seu início aí: bem antes da década

2. OMS/UNICEF. Declaração de Alma-Ata — Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, p. 3 (artigo V).

3. Idem, *ibidem*, p.14.

4. UNICEF/OMS. National decision — making for primary health care. A study by the UNICEF/WHO Joint Committee on Health Policy World Health Organization. Geneve, 1981.

de 70, alguns países já haviam iniciado políticas nesse sentido, e o exemplo clássico é o National Health Service Act, na Inglaterra.

A adoção da política de PHC variou de país a país, segundo suas respectivas circunstâncias históricas. Em todo caso, representou um salto em relação às políticas e visões tecnicistas da saúde, altamente difundidas nos anos 60, pois incorporou variáveis políticas, econômicas e sociais nos processos de decisões. Outro aspecto desse salto refere-se à proposta, de PHC, de integração da atenção primária em um sistema maior, composto pela assistência hospitalar, apoio laboratorial, fornecimento de medicamentos e a medicina privada. Da mesma forma, deve haver integração com outras políticas, naturalmente ligadas à melhoria das condições de vida da população, como saneamento ambiental, programas de nutrição, educação etc.

Cabe sublinhar os pontos em comum entre os princípios gerais da Conferência de Alma-Ata, os da Reforma Sanitária italiana e os de Primary Health Care: todos propugnam por um novo enfoque em saúde, a partir da configuração de um novo sistema, cujo eixo é a atenção primária, mas integrada nos demais níveis de assistência.

Contenção da demanda e do custo

O segundo movimento ocorreu naqueles países que já tinham implantado sistemas nacionais de saúde. A atenção, então, voltou-se à reordenação, procurando controlar a demanda sanitária supérflua e reduzir os custos de oferta, por meio de vários instrumentos institucionais. Isso aconteceu, por exemplo, nos Estados Unidos, com a reforma do Programa Medicare e Medicaid, nos primeiros anos da década de 70 (e, posteriormente, de modo muito mais drástico, no governo Reagan); na Inglaterra, com a reorganização do National Health Service, em 1974 (e, depois, durante o governo Thatcher); na Alemanha, com um pacote de medidas, em 1977; na Itália, com os controles reguladores, a partir de 1978; e, finalmente, em quase todos os sistemas sanitários ocidentais, mediante diversos expedientes.

Esses instrumentos reguladores de reorientação do consumo e controle de custos consistem basicamente em:

- a. contenção da demanda, por meio da instituição do *ticket* sanitário ou moderador⁵ e do controle sobre a informação e a propaganda farmacêutica;
- b. diminuição dos custos da oferta, por meio da fixação de padrões terapêuticos por doença para controlar o comportamento diagnóstico prescritivo do médico (controle *ex-ante*) e da fixação do custo mensal das prescrições de cada médico e posterior comparação com índices estabelecidos de custos médios de receita (controle *ex-post*);
- c. limitação da oferta, por meio limitação do número de médicos ou da oferta de serviços hospitalares.

Pode-se afirmar que esses dois movimentos de reestruturação ocorreram em um quadro de crise e caracterizaram-se por buscar modelos alternativos que resolvessem tanto as questões internas ao sistema de saúde quanto as referentes à satisfação dos usuários e, mais importante, que dessem conta do quadro de reestruturação do Estado de Bem-Estar Social. Em suma, ambos os movimentos, frente à crise econômico-financeira do Estado de Bem-Estar, apontaram para uma reestruturação dos sistemas sanitários nacionais — embora essas políticas de “ajustamento” apresentem uma variação bastante grande quando se comparam os diferentes países do Primeiro Mundo, pois foram condicionados pelas diferentes experiências nacionais, obedecen-

5. Chama-se *ticket* sanitário ou moderador um dos mecanismos possíveis para aumentar a co-participação financeira do paciente ou usuário, tanto na compra de assistência quanto na de produtos farmacêuticos.

do a distintas lógicas internas econômicas e políticas (papel das organizações sindicais, dos partidos etc.

Contexto pré-reforma sanitária no Brasil

No Brasil, ao longo da década de 70, os indicadores sociais não acompanharam, no mesmo ritmo e profundidade, os patamares alcançados pelos indicadores econômicos. Certamente houve expansão massiva de muitos programas sociais (por exemplo, universalização da urgência na área da saúde) e uma melhora lenta em alguns indicadores sociais, mas, também, verificou-se o agravamento do quadro de distribuição de renda. É também certo que indicadores clássicos, como mortalidade geral, mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer, grau de escolaridade básica da população adulta e condições de habitabilidade, tomados em grandes séries históricas, mostraram tendência positiva, o que deve ser creditado aos programas sociais e à ampliação de seu acesso e cobertura. Esses dados, porém, apresentaram valores defasados em relação ao próprio continente latino-americano: por exemplo, a mortalidade infantil, no auge do crescimento econômico, atingiu níveis bastante elevados, chegando ao valor máximo de 103,5 mortes por mil nascidos vivos em 1973, enquanto para a América Latina (sem incluir o Brasil) a média registrava 43,7 por mil.

Os indicadores também mostram grandes variações entre faixas de renda ou regiões. Dados da PNAD/1975 revelam que a esperança de vida para os extratos de rendimentos superiores a cinco salários mínimos (SM) era de quase 70 anos (média do país), enquanto para os de rendimentos de até dois SM reduzia-se para menos de 60 anos (NEPP, 1986, p. 98). Estudo realizado pela IBGE-UNICEF⁶, com base nos dados do ENDEF—1974/1975, mostra que 31% de todas as famílias da população do Nordeste não satisfaziam seus requerimentos mínimos de energia na sua alimentação e que mais da metade das famílias estavam em risco quanto à ingestão energética (avaliada em relação aos requerimentos para as atividades e horas trabalhadas), por não consumirem quantidades suficientes de alimentos que permitisse satisfazer a essas necessidades.

Além disso, na população brasileira, em geral, as doenças infecciosas e parasitárias destacavam-se como primeiras entre as causas de óbitos em 1970. Yunes (1981), analisando as principais causas de óbitos de menores de um ano no período 1968-1977, aponta as enterites, pneumonias e outras causas primárias. Para as doenças transmissíveis, as causas foram assim hierarquizadas: sarampo, tétano, tuberculose, coqueluche, malária, pólio, doenças meningocócicas, difteria, febre tifóide e meningite sem especificação. O autor chama a atenção para o fato de que o agravamento nas condições de saúde guarda uma nítida correlação com variáveis como o aumento na concentração de renda, a inadequação nutricional, o baixo nível de instrução e um alto grau de migração para os centros urbanos no período, além da falta de tratamento preventivo e de medidas de saneamento ambiental.

Todos esses indicadores, obviamente, refletem o perfil da distribuição de renda, altamente concentrado: durante a década de 70, a participação da renda da metade mais pobre da população declinou de 15% para 14,2%, enquanto a dos 10% mais ricos crescia de 46,5% para 47,8%. O índice GINI passou de 0,56 para 0,59 (Hoffman, 1986, p. 66), o que evidencia um contínuo agravamento, embora em ritmo atenuado, em relação à segunda metade da década de 60. Em suma, nem todos os indicadores de insuficiência devem ser atribuídos ao padrão de

6. IBGE/UNICEF. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil — aspectos nutricionais (1974/1975). Rio de Janeiro, 1982.

política social, mas sim ao quadro sócio-econômico (emprego, salário, distribuição de renda), cujos impactos negativos não podem ser solucionados somente no âmbito dessas políticas.

Modelo de saúde nos anos 70

Na década de 70, coexistiam no Brasil dois tipos de atendimento para fazer frente às necessidades de saúde da população: o seguro-saúde, coberto pela Previdência, e a saúde pública. O modelo de seguro-saúde estava restrito à assistência médica individual, enquanto a saúde pública, de caráter universal, prestava ações preventivas. Esses dois modelos eram geridos, respectivamente, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelo Ministério da Saúde, juntamente com as secretarias estaduais e municipais.

Ao Ministério da Previdência e Assistência Social⁷ coube prover atenção médica curativa aos segurados, em qualquer caso, e aos não-segurados em casos de urgência. O tipo de atendimento prestado é de caráter individualizado e tem por base os hospitais e ambulatórios. O Ministério da Saúde⁸ responde pela assistência coletiva, especializando-se em ações de caráter médico-sanitário de cunho preventivo. A gestão da política estava a cargo do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS)⁹.

Por volta dos anos 50, o país despendia cerca de 1% do PIB com a Função Saúde. Nessa época, parcela expressiva dos gastos destinava-se a programas de saúde pública (controle de doenças transmissíveis). Note-se que em 1949, 87,1% dos gastos totais com a saúde destinavam-se a ações preventivas. A partir daí, cresceram os gastos com a atenção de caráter individualizado. O início da década de 60 representou um período de indefinição quanto à participação dos dois subsistemas nos gastos no setor saúde, mas, em 1964, observou-se uma queda expressiva na participação da assistência coletiva, que passou a representar apenas 64,1% dos gastos totais. Ao longo da década seguinte, principalmente a partir de meados dos anos 70, a preponderância do gasto de saúde previdenciária tornou-se evidente.

No início dos anos 80, essa preponderância é confirmada de forma inequívoca: enquanto a participação do Ministério da Saúde decresce, chegando, em 1980, a representar 12,8% dos gastos totais, a participação do INAMPS não é nunca inferior a 80%, atingindo o ponto mais

7. O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974 (lei nº 6.034). Em 1977, por uma nova reformulação institucional, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que engloba as atividades desempenhadas pelo Ministério, distinguindo-as funcionalmente: o INPS responde pela concessão de aposentadorias e pensões e demais programas de benefícios; o INAMPS, pelos cuidados à Saúde; o IAPAS, pela administração previdenciária; e, finalmente, a LBA e FUNABEM, que se destinam à execução de programas de cunho assistencial à população carente.
8. O Ministério da Saúde foi criado em 1953 e reestruturado em 1974 e em 1976 (decretos nº 74.981/74 e nº 79.056/76). Com a reforma de 1977 (ver nota acima), o Ministério assume nova estrutura, passando a integrar, além da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES).
9. O Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), organismo interministerial responsável pela gestão da política social, foi criado em 1974, pela lei nº 6.118 (9 de outubro de 1974), com a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social, de modo a evitar a duplicidade de esforços, o desperdício de recursos e garantir a prioridade social das políticas governamentais. A lei também atribuiu ao Conselho a competência para apreciar a política de saúde formulada pelo Ministério da Saúde, assim como os planos referentes ao setor provenientes do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Educação. Além disso, ela revogou o parágrafo 3º do artigo 156 do decreto-lei nº 200, que estabelecia a necessidade de subordinação da assistência médica da Previdência à política nacional de saúde. Em sua primeira resolução, ainda em 1974, o CDS criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), com a finalidade de financiar programas da área social, ficando a sua administração sob a responsabilidade da Caixa Econômica Federal.

alto em 1980 (85,2%). A importância da atenção médica previdenciária pode ser ressaltada, também, pela expressiva participação do INAMPS nos gastos do Ministério da Previdência e Assistência Social: no final dos anos 70, o INAMPS gastava cerca de 30% do orçamento da Previdência; no início dos anos 80, esse percentual apresenta uma tendência à queda, correspondendo a 23,28%, em 1982.

O esquema de financiamento montado para dar suporte ao sistema previdenciário brasileiro originava-se das contribuições compulsórias, com base na folha salarial de empregados e empregadores, compondo o grosso da arrecadação previdenciária, embora alguma quantia proviesse da União e de outras receitas. Ao longo da década de 70, a contribuição compulsória dos trabalhadores e empregadores atingiram em média 88% da receita total do sistema previdenciário. Em 1980 e 1984, essa média alcançou a proporção de 89,6%, enquanto a contribuição da União correspondia, respectivamente, 7,6% e 7,7% (Fagnani; Braga; e Silva, 1986, p. 48). Evidentemente, a preservação desse sistema de financiamento, a partir da incorporação efetiva do serviço de atendimento médico individualizado, só poderia se viabilizar com uma rigorosa expansão da massa de contribuintes — o que de fato ocorreu na década de 70: a relação contribuintes/população economicamente ativa elevou-se de 29,4%, em 1970, para 53,3%, em 1980 (Coutinho & Salm, 1986, p. 226).

O crescimento econômico, com um acentuado processo de urbanização, promoveu um aumento expressivo de assalariados registrados. Ao mesmo tempo, expandiu-se a base de contribuintes pela inclusão de categorias anteriormente excluídas. A outra face dessa situação, porém, foi o aumento dos fatores geradores da despesa, quer pela significativa ampliação da cobertura, quer pelo crescimento do número de beneficiários. Conforme observam Coutinho e Salm (1986, p. 228),

o crescimento da massa de contribuintes impede a eclosão de um desajuste financeiro que tardará até o momento em que a economia entre em crise prolongada. A aparente solvência do sistema não esconde uma incompatibilidade entre a política social (a oferta de serviços e benefícios) e seus critérios de financiamento.

De fato, entre 1976 e 1984, as receitas das contribuições compulsórias apresentaram tendência de crescimento real declinante, chegando a taxas negativas de 0,61% e 2,13%, respectivamente em 1980 e 1983. Conforme Fagnani, Braga e Silva (1986, p. 49),

isso se deve, em primeiro lugar, à redução progressiva do ritmo de crescimento do emprego que acompanhou o movimento de desaceleração da economia a partir de 1976; e, em segundo lugar, ao esgotamento dos fatores que contribuíram para seu próprio crescimento até 1976: a incorporação de parcelas crescentes de população economicamente ativa como contribuinte, a elevação do teto de contribuição máxima, a rápida incorporação de autônomos acompanhada da elevação da alíquota de contribuição e a extensão da previdência ao empregador rural.

O grande gargalo residia no fato de existir uma correlação direta entre nível da atividade econômica e o financiamento da oferta de serviços, mas não em relação à demanda social. Como observam Coutinho e Salm (1986, p. 226) com a recessão econômica, que se alastrou nos anos 80,

o estreitamento da base de arrecadação (alíquotas de salários e folhas salariais), decorrente da queda do emprego e do salário médio, é acompanhado

pela contínua elevação do número de benefícios e de demandantes dos serviços médicos.

Além dessa extrema vulnerabilidade em relação às oscilações da atividade econômica, outra característica que se destaca nessa estrutura de financiamento é a regressividade do padrão de financiamento inter-assalariados e inter-empresas. No que diz respeito aos assalariados, a diferenciação das alíquotas de contribuição não é suficiente para fazer incidir um ônus equitativo entre os salários maiores e menores. No mesmo sentido, empresas menos capitalizadas pagam proporcionalmente mais do que suas congêneres. Em época de crise, tendem a crescer os índices de evasão e sonegação no recolhimento das contribuições previdenciárias pelas empresas, implicando uma queda na receita e levando um contingente crescente de trabalhadores, especialmente jovens e mulheres, a trabalhar sem contrato formal e, portanto, sem cobertura do sistema previdenciário.

Por outro lado, o subsistema público de saúde sempre contou com escassos recursos, financiados pelo orçamento federal (fonte de recursos do Ministério da Saúde) e pelos orçamentos estaduais (fonte de recursos das secretarias estaduais de saúde). A participação do Ministério da Saúde nas despesas totais da União, no período de 1978 a 1983, foi sempre inferior a 2%; e a dos Estados nunca excedeu a 3% do total do gasto público estadual.

Diante desse quadro, tornou-se praticamente consensual entre os estudiosos e especialistas do setor, principalmente na segunda metade da década de 70 e início dos anos 80, a idéia de que era necessário repensar a estrutura de financiamento da política de saúde no Brasil, bem como a própria política de saúde, para assegurar uma maior eficiência e efetividade frente às reais demandas da população. Considerou-se também que era necessário implantar um novo modelo de saúde que não recaísse no do pós-64, marcado, em breves traços, pela dissociação entre ações individuais e coletivas, a medicina curativa e a preventiva, ou pelo privilégio conferido à oferta de serviços privados. Por último, afirmou-se a necessidade de incorporar variáveis políticas na definição das diretrizes da área social: as pressões dos atores não-governamentais (sociedades civis, movimentos sociais, sindicatos e partidos), no período da transição política, e o próprio ambiente gerado pela abertura apontaram para a democratização do aparelho de Estado como medida urgente a ser alcançada, envolvendo desde uma maior transparência das ações públicas até uma participação maior da comunidade na definição, implantação e avaliação das políticas do Estado.

A eclosão da crise econômica e seus reflexos no perfil de financiamento do gasto em saúde, assim como o ambiente propiciado pela abertura política, vieram a ocasionar uma série de mudanças na política nacional de saúde, a partir do final da década de 70. Tais mudanças se desdobram até os dias atuais.

Periodização da política de saúde: modelos e programas

Podemos subdividir o período que vai da segunda metade da década de 70 até o final da década de 80 em cinco grandes fases da política de saúde no Brasil:

- 1974-1978: hegemonia do modelo centralizado;
- 1979-1982: hegemonia desafiada, com surgimento de novas políticas e programas de cunho radicalmente distinto do modelo hegemônico, porém não o substituindo integralmente;
- 1983-1986: transição ao novo modelo, com forte dualidade entre o modelo antigo e as formas novas e com crescimento do setor público nas ações de saúde, emergência de

novas formas de gestão, descentralização de recursos e maior participação das esferas estaduais e municipais na política de saúde, através das Ações Integradas de Saúde (AIS);

- 1987-1989: constituição do novo modelo, descentralizado, de saúde, com o surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e com a definição, pela Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 1990 em diante: implantação do novo modelo (SUS), com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde.

De certa forma, essas fases da política de saúde guardam estreita relação com as fases da transição política no Brasil, no que se refere às relações entre o governo central e as esferas estaduais e municipais de governo, e com os períodos da crise econômica, segundo a ótica das finanças públicas.

Na abertura brasileira, as relações entre as esferas de governo, assim como as mudanças operadas nessas relações, podem ser classificadas em seguintes períodos, a partir do final da década de 70 (Sallum & Kugelmas, 1993):

- 1979-1982: visíveis traços de desagregação dos elementos centrais que marcaram a atuação do antigo regime (presidencialismo exacerbado, de base militar; Parlamento e partidos com funções quase nulas; peso desproporcional da União em relação às instâncias estaduais e municipais; e participação reduzida do conjunto da população, devido às restrições eleitorais);
- 1983-1988: crescimento acelerado, a partir das eleições para os governos estaduais, dos elementos desagregadores, com abalo na hierarquia entre os vários centros de poder e autonomização das esferas dos governos estaduais e do Congresso Nacional;
- 1988-1990: esvaziamento da Presidência da República e elevação, pela Constituição Federal de 1988, do *status* das instâncias estaduais e municipais, do Legislativo e do Judiciário no cenário político nacional.

Cabe ressaltar que a grande característica da transição brasileira foi a de ter mantido o mesmo quadro jurídico-institucional do período autoritário até a Constituição de 1988 e, mesmo após a promulgação desta, de ter configurado uma democracia híbrida, isto é, democrática nas formas de acesso ao poder e excludente quanto às modalidades de tomada de decisão (Sola, 1993). As normas de funcionamento político, definidas na Constituição, são também ambíguas, pois instituem um presidencialismo com Parlamento forte e, no entanto, isento da co-reponsabilidade de governar. Além disso, a Constituição consagra um novo pacto federativo, em que há maior distribuição de recursos para instâncias estaduais e municipais, mas sem a contrapartida de igual distribuição de encargos.

Do ponto de vista econômico, a década de 80 pode ser caracterizada como de grande instabilidade, com oscilações periódicas e impactos sucessivos sobre as finanças públicas. Ela pode ser assim subdividida levando em conta os níveis da atividade econômica, da arrecadação tributária e da despesa pública total:

- 1980-1984: política de ajustamento ocasiona diminuição da atividade econômica, desemprego e inflação, levando a arrecadação e o gasto público a declinarem, embora, no início, tivessem sido crescentes.
- 1984-1986: política de estabilização (Plano Cruzado, de 1986) possibilita forte reação econômica, com crescimento da arrecadação e do gasto público;

- 1987-1989, retorno da estagnação e aceleração da inflação, com queda, mais uma vez, da arrecadação federal, mas, também, crescimento dos gastos estaduais e municipais devido aos impactos da reforma tributária de 1988.

Os gastos federais em saúde mantêm coerência com essas fases:

- 1980-1984: apresentam-se de modo oscilante, com taxas negativas de evolução em 1981 e 1983; a retração só não foi maior graças aos aportes de recursos originados do Finsocial (a partir de 1982) e do FAS;
- 1984-1987: houve recuperação, refletindo o incremento do nível da atividade econômica e da arrecadação governamental;
- 1987-1989: o gasto atinge seus níveis mais elevados, tanto em termos absolutos como em relação ao PIB, ultrapassando 2,3% da renda nacional.

A partir de 1989, o gasto federal em saúde entra em nova fase descendente¹⁰.

Assim, na primeira fase, o modelo de atuação do Estado do período autoritário dá a tônica para a política de saúde. O que prevalece é o modelo centralizado, reforçado pela reforma do sistema de Previdência e a criação do INAMPS, em 1974, e pela emergência de duas políticas ratificadoras do modelo adotado: o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

No segundo período, de 1979 a 1982, a crise, de um lado, e o processo de democratização, de outro, começam a impor redefinições nesse modelo centralizado. Emergem dois programas — PIASS e Prev-Saúde — bastante distintos do modelo adotado e, de certa forma, desafiando-o. Mas o momento é de crise nos patamares de gasto — o gasto federal apresenta queda de 7%, em 1981 —, o que inviabiliza toda perspectiva de mudança.

No terceiro, de 1983 a 1985, caracterizado pela desaceleração econômica — com queda de 20% no gasto federal, em 1983 —, emerge o CONASP/AIS, ou seja, uma tentativa de inverter os traços centrais do antigo modelo, pela descentralização de recursos do INAMPS para o setor público (secretarias estaduais de saúde), como forma, também, de racionalizar o gasto público. O gasto federal em saúde cresce somente a partir de 1984, respaldado pela criação do Finsocial, em 1982, e é significativa a participação das esferas estaduais, representando, em média, quase 20% do gasto total no período. Por outro lado, o processo de descentralização, aberto pelas AIS, é adequado à fase política instaurada pelas eleições diretas para os governos estaduais e, por conseguinte, à influência desse tipo de ator no cenário político nacional.

No quarto período, já sob a égide do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), emerge o modelo novo, configurado na idéia de sistema de saúde. Acelera-se a descentralização, tanto pelas transferências dos recursos previdenciários quanto pela incorporação da assistência médica pelas redes estaduais. Esse é o período de grande expansão do gasto federal em saúde, devido não apenas ao crescimento da arrecadação como à diminuição da participação do gasto com benefícios nas despesas previdenciárias e no gasto social do governo federal: entre 1985 e 1987, enquanto a participação no PIB do gasto com saúde é ascendente, a dos benefícios é descendente. Nesse período, o grande apoio político à reforma do sistema de saúde passa pela figura dos governadores, ocorrendo uma estadualização da política de saúde.

10. Cabe assinalar que os gastos em saúde das instâncias estaduais apresentam movimento diverso: mantêm-se crescentes a partir de 1982, mesmo porque contam com transferências de recursos federais através das AIS. Mas, em 1983 e 1984, no período mais agudo da crise econômica, observa-se queda. Finalmente, entre 1985 e 1989, continuam a crescer, graças a transferências específicas para saúde e maior disponibilidade de recursos propiciada pela reforma tributária de 1988.

É bom lembrar que os arranjos políticos da Nova República (governo Sarney) apóiam-se muito nos governos estaduais e suas extensões parlamentares (bancadas federais).

Em 1988, a Constituição Federal ratifica esse novo modelo, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), através da incorporação da assistência médica pelos serviços públicos, do aumento da coordenação e regulação do sistema pela esfera pública e da garantia da universalização da cobertura. Esse modelo de saúde está, portanto, mais adequado ao aumento de *status* dos Estados e municípios, definida pela Constituição.

No último período, a crise econômica, ainda sem solução, passa a impor limites bastante rígidos para a continuidade do perfil de financiamento montado para a área da seguridade social e, em particular, para a saúde. A descentralização, calcada na idéia de municipalização, e as diretrizes emanadas da Lei Orgânica, deixando para o Executivo a normatização de vários pontos relativos à distribuição dos recursos entre esferas de governo, passam a privilegiar a instância municipal. Emergem, então, conflitos sérios entre a idéia de sistema e a tendência de municipalização, com perda de importância do nível estadual na política de saúde.

Vejamos com maior detalhe cada um desses períodos e as políticas que os definem.

Hegemonia do modelo centralizado (1974-1978)

Nos anos 70, o real executor da política de saúde era um órgão do nível federal — o INAMPS. Esse é, portanto, um modelo de prestação de serviços centralizado e, como vimos, sua grande característica foi a de ter dissociado as ações de saúde coletiva e individual, com duas redes de atendimento separadas e não integradas. A saúde coletiva era oferecida de forma “marginal” pelo Ministério da Saúde, com poucos recursos, e pelas secretarias estaduais; e a saúde individual, oferecida pela assistência médico hospitalar do INAMPS. Além disso, ao contrário das ações coletivas, que eram universais, as individuais eram oferecidas apenas para segurados da Previdência, vindo a universalizar o atendimento, mas somente o de urgência, com o Plano de Pronto Ação (PPA), em 1975.

O INAMPS oferecia serviços médicos em sua rede de ambulatórios e hospitais ou na rede contratada e/ou conveniada, de caráter predominantemente privada e com fins lucrativos. Por isso mesmo, afirma-se que tal forma de prestação de serviços era privatizante, favorecendo a criação e a expansão de um complexo médico industrial. A expansão da rede instalada não obedecia a critérios vinculados à distribuição dos problemas de saúde da população, e a ampliação da cobertura acabava por discriminar e diferenciar o acesso para distintos segmentos das classes subalternas.

O financiamento das ações do INAMPS, como já foi assinalado, fazia-se independentemente do orçamento fiscal, pela captação de recursos de contribuições sociais incidindo de forma direta ou indireta sobre a massa de assalariados, e era, portanto, extremamente vulnerável às crises econômicas. Além disso, a multiplicidade de organismos envolvidos e as inter-relações que estes mantinham dificultavam o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle.

As políticas mais importantes que, nesse período, ratificam tal modalidade de intervenção do Estado são o Plano de Pronto Ação (PPA) e a lei do Sistema Nacional de Saúde, ambos de 1975.

O PPA foi formulado pelo Ministério da Previdência visando assegurar que todos os previdenciários tivessem acesso à consulta médico-ambulatorial pela rede privada contratada e conveniada, ao lado da universalização do atendimento de urgência. Pode-se afirmar que o PPA consagra definitivamente a tendência “pró-compra de serviços”. De fato, a partir do Plano, ocorre uma queda do percentual das consultas realizadas pela rede própria do INAMPS sobre o total. Se, em 1974, esse percentual correspondia a 80%, já em 1975 e 1976 equivale,

respectivamente, a 58,4% e 48,5%. As consultas que passam a ser feitas na rede ambulatorial não-própria crescem 230,9%, em 1975, e 59,6%, em 1976. Nesses mesmos anos, o crescimento das consultas pela rede própria é de 16,8% e 7,0% (Braga & Paula, 1986). O PPA deve ser entendido, portanto, como o marco definitivo da consolidação da tendência de absorção da assistência à saúde pelo Ministério da Previdência. Nesse processo, são fortalecidos a burocracia previdenciária e, mais uma vez, o setor privado.

Note-se que o PPA era financiado pelo INAMPS. Registre-se também que, entre 1969 e 1976, os gastos do INAMPS com assistência ambulatorial cresceram de 400%, enquanto na área hospitalar a expansão foi de 184,7%. O dispêndio ambulatorial em relação ao total do gasto com a saúde do INAMPS passou de 25,7%, em 1969, para 37,7%, em 1976, enquanto a hospitalar caiu de 67,0% para 56,1% (Braga & Paula, 1986, p. 116).

O Sistema Nacional de Saúde foi constituído pela lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, como tentativa de organizar as duas redes de saúde (do INAMPS e do Ministério da Saúde) e de definir competências para os diferentes órgãos envolvidos direta ou indiretamente com a promoção, recuperação e manutenção da saúde da população. A lei atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela elaboração da Política Nacional de Saúde. Entre as atribuições específicas desse Ministério constavam:

- elaborar planos de proteção à saúde e de combate às doenças transmissíveis, orientando sua execução;
- elaborar normas capazes de assegurar a proteção, recuperação e promoção da saúde coletiva;
- elaborar o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e submetê-lo à apreciação do Presidente da República, promovendo, em seguida, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), a coordenação, a fiscalização e finalmente a avaliação do mesmo;
- realizar a coordenação da vigilância epidemiológica em todo o país, com especial atenção para as vias de acesso ao país;
- exercer o controle sobre os medicamentos, drogas e produtos alimentares destinados ao consumo e também sobre os produtos de beleza e limpeza e vestuário que possam ocasionar danos à saúde;
- conceber normas referentes à instalação de equipamentos de saúde;
- realizar a avaliação do quadro sanitário do país e a verificação da conveniência da utilização de métodos e procedimentos utilizados em nível internacional, de modo a melhorar as condições sanitárias observadas;
- fiscalizar as condições de trabalho dos profissionais vinculados à área de saúde;
- proceder ao controle sanitário das migrações e dos produtos de importação e exportação do país.

Pela mesma lei nº 6.229, coube ao Ministério da Previdência e Assistência Social:

- elaborar os planos que garantam o atendimento médico individualizado da clientela, coordenando-os em nível nacional;
- realizar o credenciamento de entidades de finalidade não-lucrativas de modo a integrá-las ao subsistema público;
- prestar, por meio de serviços próprios ou contratados a terceiros, o atendimento médico à clientela, mantendo sob fiscalização do Ministério os serviços contratados;
- fixar, em conjunto com o Ministério da Saúde, as normas e padrões de prestação desses serviços;
- realizar distribuição gratuita ou subvencionada de medicamentos à população carente.

Conforme o dispositivo legal, o Ministério da Educação ficou com a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor de saúde. Ao Ministério do Interior coube o desenvolvimento de programas de saneamento básico em articulação com o Ministério da Saúde; ao Ministério do Trabalho, a promoção de atividades vinculadas à higiene e à segurança do trabalho dos profissionais da área, bem como da prestação de auxílio à capacitação desses profissionais.

Ainda de acordo com a lei, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deveriam receber incentivos técnicos e financeiros da União para que organizassem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde. Em contrapartida, deveriam realizar o planejamento de suas ações de saúde, articulando permanentemente seus planos aos do governo central e, naturalmente, às diretrizes do Sistema Nacional de Saúde. Essas esferas de poder tinham a competência para criar e operar os serviços básicos de saúde e, também, para promover a integração dos serviços ofertados pelos municípios, estendendo o apoio técnico e financeiro de modo a permitir a descentralização das ações e a aproximação do atendimento à clientela. A cooperação entre a unidade federada e o governo central foi também requerida para o equacionamento e para a solução dos problemas de saúde de cada região específica. Por fim, coube aos municípios a manutenção dos serviços de pronto-socorro e dos serviços de vigilância epidemiológica.

Segundo o Ministério da Saúde, em seu documento sobre o Sistema Nacional de Saúde, os fundamentos da Política Nacional de Saúde foram:

- a. a idéia de que existe uma política de saúde no país, mas que deve assumir um caráter nacional, para o que se faz necessário sua organização sistemática, a ser apreciada pelo Conselho de Desenvolvimento Social;
- b. a necessidade de o Estado começar a estender os serviços de saúde básicos a toda a população, embora a Constituição assegure assistência apenas aos integrantes do mercado de trabalho;
- c. o assentimento de que parte dos problemas de saúde da população pode ser resolvida mediante a utilização de procedimento simples;
- d. a idéia de que a participação comunitária deve ser estimulada;
- e. a necessidade de uma ampla articulação entre os órgãos que executem ações de saúde;
- f. a idéia de que o poder decisório nos diversos níveis de operacionalização do sistema deve estar submetido a colegiados com participação das instituições mais significativas do setor.

Esses fundamentos, no entanto, não foram implementados. A novidade do Sistema Nacional de Saúde permaneceu como retórica governamental: prioridade a esses fundamentos, às ações médico-sanitárias e à ênfase atribuída ao setor público na prestação de serviços de saúde. Também segundo essa retórica, tentou-se alterar o peso entre o setor público e o setor privado na prestação de serviços e a correlação de forças entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde na condução e execução da política de Saúde, sem contudo excluir o setor privado. Na prática, porém, não se alterou substantivamente o sistema de saúde preexistente, a não ser normatizar e reforçar a separação entre os dois sistemas — o do seguro-saúde e o da saúde pública. Tal fracasso demonstra que, apesar da consciência já desenvolvida a respeito das falhas do modelo centralizado e das novas prioridades, não existiam ainda as condições objetivas para uma inversão dos rumos tomados pela política de saúde.

Hegemonia desafiada (1979-1982)

O período de 1979 a 1982 caracteriza-se pela emergência de duas políticas — o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e Prev-Saúde —, bastante distintas do modelo anterior: conferem prioridade ao setor público e à assistência primária e buscam novo tipo de integração com as esferas estaduais e municipais de governo. Esses princípios deixam de ser apenas peça retórica para incorporarem-se a uma estratégia de ação. As duas políticas revelam, de certa forma, o esgotamento do antigo padrão de intervenção do Estado na área de saúde e a necessidade de buscar novos parâmetros de atuação para a saúde pública — o que, por sinal, está em consonância com o contexto internacional de revisão nas metas e objetivos das políticas nacionais de saúde e a ênfase na assistência primária.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Ministério da Saúde, tinha como ponto de partida a constatação da precariedade das condições de saúde em áreas carentes do país e estabelecia como meta dotar as comunidades de até 20 mil habitantes de uma estrutura básica de saúde. Lançado em agosto de 1976, o PIASS visava inicialmente o Nordeste, mas, em 1979, pelo decreto nº 84.219, acabou por se estender a todo o país.

Como o próprio nome diz, tratava-se de um esforço de interiorização. Também se buscou a hierarquização do atendimento, segundo critérios de eficiência e de baixo custo: o programa era expressão da escassa disponibilidade de recursos em função da crise dos anos 80 e revelava a preocupação com o elevado volume de recursos despendido em assistência médica. Optou-se, por isso, pela ampla utilização de pessoal de nível auxiliar e, de preferência, pertencente à própria comunidade — maneira pela qual se buscava a aceitação dos serviços na localidade. A atuação consistia na prevenção de doenças transmissíveis, na triagem e no encaminhamento a unidades mais complexas de atendimento. A execução das metas de saneamento — implantação de serviços de abastecimento de água e instalação de fossas e privadas domiciliares — deveria contar com o engajamento e participação dos usuários, sendo o material fornecido pelo governo.

Os mecanismos de coordenação do PIASS compreendiam, em nível federal, o Grupo Executivo Interministerial (GEIN) e, em nível estadual, o Grupo de Coordenação Estadual (GCE), cabendo aos municípios e às diferentes diretorias regionais de saúde das secretarias estaduais assumirem, de maneira gradual, a coordenação efetiva. O Grupo Interministerial (GEIN) era composto por representantes dos ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior e do Planejamento, e tinha a incumbência de acompanhar e avaliar a execução do programa. Contava-se, ainda, em nível federal, com uma Secretaria Técnica, vinculada e subordinada à Secretaria Geral do Ministério da Saúde, devendo atuar na análise dos projetos estaduais e, também, na elaboração de normas e diretrizes do PIASS. O Grupo de Coordenação Estadual (GCE) e sua equipe técnica tratavam da elaboração anual dos projetos apreciados pelo GEIN. Além disso, deviam coordenar a implementação desses projetos e a supervisão das unidades em funcionamento.

O êxito do PIASS teria significado um fortalecimento do setor público, especialmente das secretarias estaduais de saúde. Mas o programa não conseguiu a melhoria nos índices de saúde da população-alvo, a despeito da ampliação da capacidade física instalada, principalmente no Nordeste. A resistência ao programa e a carência crônica de recursos conduziram à opção pela ampliação da rede, sendo postergados os gastos com as metas relativas ao saneamento e à melhoria do atendimento. Vale destacar a adesão tardia do INAMPS, que assumiria o custeio parcial do programa apenas em 1979, quando se retraíram os recursos provenientes do orçamento dos Estados. O PIASS seria esvaziado com a criação do Prev-Saúde, passando a ser considerado como “segmento” rural desse novo programa.

Vinculado aos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o Prev-Saúde foi criado em 1980. O projeto inicial do programa foi encomendado a um Grupo Técnico Interministerial, e previa a extensão dos cuidados primários de saúde a toda a população por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob o controle da rede pública. Como o PIASS, o anteprojeto do Prev-Saúde explicitou uma preocupação com os custos, com a racionalização do atendimento e com uma ação integrada entre políticas sociais. Suas linhas foram assim definidas: combate à ociosidade; melhor aproveitamento dos recursos físicos; e melhoria do ambiente de vida, com ênfase no saneamento e em projetos de habitação, entendidos como básicos para maior efetividade da política pública de saúde. A população-alvo seria a das periferias urbanas e de áreas rurais carentes. A assistência médica deveria dar prioridade aos serviços básicos prestados por agentes comunitários.

Em relação à prestação de serviços, o anteprojeto defendeu a suspensão de novos credenciamentos; a alteração do destinatário dos gastos, a favor da rede pública; e a encampação progressiva dos serviços prestados por terceiros pela rede própria, subordinando as demais instituições filantrópicas ou beneficentes ao controle estrito do Estado. O âmbito de atenção às pessoas abrange os cuidados primários prestados por agentes comunitários, por pessoal auxiliar e por médicos generalistas; a atenção ambulatorial diferenciada em quatro áreas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontológica); e o internamento em Unidades Mistas.

O programa seria coordenado, no nível federal, pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), formada pelos secretários gerais do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a função de estabelecer o vínculo com os demais ministérios envolvidos. No nível estadual, o Secretário da Saúde presidiria a Comissão Interministerial de Planejamento Estadual (CIPE), com a finalidade de estabelecer a articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde, o INAMPS e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Estava também previsto a criação de Diretores Regionais de Saúde.

O anteprojeto, entretanto, seria derrubado pelas pressões do INAMPS e de outros órgãos. Com isso, o programa esvaziou-se antes mesmo de ser implementado. Nesse período, como no anterior, as condições ainda não eram favoráveis para uma mudança mais profunda nos rumos da política de saúde. Há, porém, um avanço considerável em relação ao período anterior, pois o PIASS permitiu um significativo incremento da rede ambulatorial pública, principalmente no Nordeste. Cabe salientar que tal fato será importante para a consolidação das políticas descentralizadoras da década de 80 (AIS/SUDS e, depois, SUS).

Transição: Ações Integradas de Saúde (1983-1986)

Com o avanço do processo de democratização — de que as eleições para os governos estaduais, em 1982, são um momento decisivo — acelera-se a formação de uma agenda alternativa para a política de saúde. O clima de democratização dá impulso à intensa participação dos atores chamados críticos do modelo centralizado, que passam a difundir os aspectos questionáveis da atuação do Estado nos inúmeros congressos, seminários e debates, em todo o país. Os segmentos da burocracia pública — ligados ao Movimento Sanitário e responsáveis, desde o final da década de 70, pela elaboração de muitas das políticas alternativas (como o PIASS e o Prev-Saúde), tanto no INAMPS quanto no Ministério da Saúde — passam a formular novas linhas de ação. O eixo dessa nova agenda alternativa, já comprometida com o Movimento Sanitário, é a constituição de um sistema integrado de assistência à saúde, segundo um modelo descentralizador e de cobertura universal.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) aparecem como um momento de transição para esse novo modelo: ainda não se constituem como negação completa do modelo anterior, pois não o substituem; antes, correspondem a uma convivência entre os dois modelos (o centralizado privatista e o descentralizado estatista). Mas é por essa convivência que se prepara o terreno para o surgimento do SUDS/SUS. A importância das AIS consiste em ter transferido recursos para as redes públicas estaduais de saúde, permitindo a ampliação de capacidade física, a contratação de recursos humanos e a incorporação da assistência médica pelos ambulatórios estaduais e municipais. Também se deve às AIS o desenvolvimento de um novo modelo de gestão da política, mediante comissões interinstitucionais.

A formulação e a implementação das AIS foram iniciadas em 1981, quando se criou, no Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP). Este tinha a função de rever a política vigente, mas logo passou a acumular responsabilidades normativas diante da necessidade de reexaminar as formas de organização da assistência médico-previdenciária e da diretriz mais geral de contenção do gasto do complexo previdenciário. A agência central e indutora desse processo de mudança foi o próprio INAMPS, que continuou centralizando os mecanismos principais de comando da política estatal em Atenção à Saúde.

O resultado dos trabalhos do CONASP apareceria em agosto de 1982: o "Plano de Reorientação da Assistência e Saúde no âmbito de Previdência Social". Três linhas de intenções foram anunciadas nesse Plano:

- a. reduzir o nível do gasto do complexo previdenciário, com a modificação da forma de pagamento do setor contratado, passando para pagamento mensal pelos serviços prestados;
- b. utilizar de forma crescente a rede pública, nos níveis regional e local, mediante convênios de ações integradas em assistência à saúde;
- c. obter uma reformulação na organização dos serviços de Atenção à Saúde, de modo a não prejudicar e sim melhorar os níveis de atendimento, sem, contudo, entrar em conflito com as diretrizes da política econômica e do gasto público em vigor.

O Plano permitiu que se desenvolvesse, em uma conjuntura adversa, o embrião das Ações Integradas de Saúde. Estas foram efetivamente instituídas pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), em meados de 1984, sendo definidas como estratégia governamental para reverter o perfil de intervenção estatal em saúde, herdada dos anos 70, e um dos elementos direcionadores da condução da política de assistência médica previdenciária. As AIS baseavam-se no pressuposto de que o poder público é o único responsável pelo controle do sistema de saúde e pela saúde da população. Além disso, instituíram como linha de atuação a integração interinstitucional, o planejamento da intervenção orientado pelo quadro de problemas sanitários e a integralidade das ações de saúde, evitando as dicotomias entre ações preventivas/curativas, individuais/coletivas, ambulatoriais/hospitalares.

Os principais objetivos das AIS foram: estruturação de sistemas estaduais de saúde com alto grau de resolutividade; desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional; integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes; valorização dos recursos humanos da equipe de saúde; planejamento da intervenção por meio do desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais; e orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino para as necessidades de saúde em cada região. Suas áreas gerais de intervenção foram a assistência médico-hospitalar e farmacêutica e o desenvolvimento institucional.

Três tipos de instrumentos jurídico-administrativos formalizaram as AIS: os convênios entre esferas de governo (explicitando objetivos, estrutura e mecanismos de funcionamento das AIS em cada Estado); os termos aditivos (visando a operacionalização de projetos específicos de atuação conjunta, com compromissos programáticos e financeiros); e os termos de adesão (visando a incorporação das prefeituras de determinadas regiões às AIS, com a definição de programas e recursos financeiros).

As AIS significaram uma estratégia de integração programática entre as organizações de saúde de níveis federal, estadual e municipal, incluindo também os demais prestadores de serviços. No nível federal, participaram o Ministério da Previdência e Assistência Social, através de sua Secretaria de Serviços Médicos e o INAMPS; o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e a Central de Medicamentos (CEME); e o Ministério da Educação, através de seus hospitais de ensino e universitários. No nível estadual, participaram as secretarias de saúde, hospitais, fundações, universidades estaduais e outras organizações produtoras de serviços públicos, filantrópicos ou não, e no nível municipal, as secretarias de saúde locais, as instituições municipais de ensino e os hospitais.

Segundo a estrutura funcional formulada, constituíram-se instâncias colegiadas para planejamento, gestão e acompanhamento das AIS, nos diferentes níveis de governo. No plano nacional, coube à CIPLAN normatizar a atuação integrada das organizações federais. No nível estadual, criaram-se as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), compostas pelo Secretário Estadual de Saúde (coordenador), pelo superintendente regional do INAMPS e por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em cada região de saúde, nos Estados, criou-se uma Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), com a atribuição de realizar o planejamento integrado e a coordenação das AIS, contando com a participação de representantes regionais da secretaria estadual e do INAMPS, assim como de representantes das diferentes organizações. Finalmente, no plano local, criaram-se as Comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde (CLIS/CIMS), para planejar e gerir as AIS no âmbito do município ou de um conjunto de municípios, dependendo da complexidade de cada caso. Integravam tais comissões os representantes das organizações convenientes, da(s) secretaria(s) municipal(ais) de saúde ou da prefeitura e de entidades comunitárias, sindicais ou outras que fossem representativas da população local. Cabe salientar que as grandes mudanças na gestão da política de saúde iniciaram-se com as AIS, o que mais tarde seria aperfeiçoado pelos Conselhos de Saúde, a partir do SUS e da Lei Orgânica da Saúde.

A alocação de recursos coube ao INAMPS, com manutenção de seus serviços próprios, remuneração dos serviços privados contratados, co-participação no custeio dos hospitais (de ensino e universitários) e dos serviços de saúde pública e co-gestão dos hospitais públicos. O Ministério da Saúde ficou com a responsabilidade de estabelecer convênios e definir os orçamentos dos serviços próprios. Ao Ministério da Educação coube a co-participação nas despesas dos hospitais de ensino e universitários, pertencentes ou não à rede federal própria, e no financiamento de projetos de adequação de instalações ou de compra de equipamentos para serviços beneficentes de saúde, em municípios onde não existissem hospitais federais próprios.

A análise do desempenho das AIS evidencia um grau maior de entendimento entre as várias organizações públicas, o que não havia sido alcançado anteriormente. Além disso, as AIS significaram aporte de recursos substantivos do INAMPS para a rede pública, o que até então não ocorria. Os maiores problemas enfrentados na operacionalização cotidiana das AIS, segundo estudos do NEPP (1986, 1988 e 1989a), foram:

- retração dos recursos das esferas estaduais e locais em algumas unidades da federação, alterando, na prática, o princípio da repartição proporcional de encargos;
- excessiva hegemonia do INAMPS, que passou a ter forte ingerência nas secretarias estaduais e locais de saúde, na medida em que os repasses de recursos estavam condicionados a padrões de produtividade prefixados;
- baixa representatividade e falta de agilidade das comissões de planejamento e gestão de serviços, que não conseguiram se efetivar como *locus* real das decisões.

Como instrumento de universalização e equidade, as AIS apresentaram limitações claras, das quais se pode também destacar a incapacidade de incorporar efetivamente os prestadores privados nessa estratégia. Não se conseguiu, por exemplo, fazer com que o atendimento prestado pelos serviços privados aos trabalhadores rurais fosse equivalente ao dos urbanos. O sistema de remuneração incentivava a produção dos serviços destinados aos beneficiários urbanos, pois o pagamento era realizado segundo quantidade e grau de complexidade desses serviços, enquanto, os fornecidos à população rural eram remunerados por subsídio, segundo a cobertura potencial, levando o prestador a restringir o atendimento.

Apesar disso, com as AIS parece ter se iniciado um processo que, mesmo sem resolver a questão maior da estruturação de uma política nacional de saúde, conseguiu transferir mais recursos federais para os Estados e os municípios, aumentar os níveis de equidade e universalização; estimular a produtividade das secretarias estaduais e municipais de saúde e dos demais órgãos públicos, além de diminuir o paralelismo e a duplicação de esforços por meio de programações e alocações conjuntas. Incorporando a linha de atuação definida no Plano do CONASP, as AIS buscaram a valorização das atividades básicas de saúde e a estruturação de uma rede única, hierarquizada por complexidade de atendimento (portanto, com a explicitação clara, em todos os níveis, de competências e deveres) e, especialmente, dispersa, ou seja, regionalizada. Também tentaram efetivar a descentralização administrativa da atenção à saúde, com participação decisória dos setores envolvidos, tanto na prestação de serviços quanto na sua utilização. A saúde foi entendida como direito do cidadão e um dever do Estado. A rede básica tornou-se a porta de entrada do sistema pela qual se pretendeu ampliar a resolutividade das ações como um todo.

Em 1984, 400 municípios implantam as AIS. Esse número evolui para 501, em 1985, e, em 1986, para 2.215. Ao longo desse período, cresce a participação desse programa nos dispendios do INAMPS: 4% em 1984, 10% em 1985 e 14% em 1986¹¹.

Constituição do novo modelo: SUDS e SUS (1987-1989)

Em 1987, instalou-se o Congresso Constituinte. No mesmo ano, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que marcaria efetivamente o início da constituição de um novo padrão de intervenção estatal no setor da saúde. Seus objetivos foram: descentralizar a decisão política e seus desdobramentos operacionais; superar a dicotomia

11. Desde 1982, quando foi elaborado o Plano do CONASP, e, especialmente, após o estabelecimento da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, verifica-se uma importante expansão da rede de serviços primários de saúde — basicamente, a rede pública de centros de saúde das prefeituras e dos Estados. O INAMPS teve um papel fundamental no financiamento da expansão dessa rede, comprando seus serviços através dos convênios das AIS. Com isso, em 1986, atingiu 2.418 prefeituras de todos os Estados da Federação. Mais do que mero repasse de recursos do nível federal para os demais níveis de governo, a compra de serviços da rede pública atuou como um poderoso incentivo para que as prefeituras e as secretarias estaduais de saúde passassem a investir em assistência médica e, o que é mais importante do ponto de vista da racionalização do sistema, a dirigir seus investimentos para a atenção ambulatorial.

existente no modelo anterior de saúde, que dissociava as ações curativas das preventivas; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; obter melhor desempenho do setor público e controle do setor privado; dar maior resolutividade e integralidade aos serviços; e universalizar o atendimento.

O modelo de unificação adotado pelo INAMPS foi o de fortalecimento das administrações estaduais e municipais. Em outras palavras, a política de integração dos serviços federais, estaduais e municipais de saúde deixou de ser um exercício de cooperação interinstitucional, para se tornar uma opção explícita pela unificação mediante a estadualização e a municipalização dos serviços. Tal opção já aparece nos primeiros convênios que o INAMPS assinou com as secretarias estaduais de saúde, em 1987, prevendo a descentralização da maior parte das decisões sobre a política de saúde do nível federal para o estadual, com a transferência da gerência de sua rede de serviços próprios (com seus recursos humanos) e de custeio e da gerência de seus serviços contratados e conveniados (juntamente com os recursos financeiros correspondentes) para a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde.

A meta inicial foi a de transferir os Postos de Atendimento Médico (PAMs) e os hospitais próprios do INAMPS para as secretarias estaduais de saúde e, em seguida, os centros de saúde dos Estados (inclusive os PAMs de pequeno porte) para as prefeituras. Nessa reestruturação da rede de serviços públicos de saúde, esperava-se que os serviços primários, de abrangência local, ficasse sob responsabilidade das prefeituras, e os de nível secundário e terciário, em geral, de abrangência regional, sob responsabilidade dos Estados. Dessa forma, o SUDS buscou reorganizar o sistema de saúde através da consolidação do processo de estadualização e municipalização, abrindo perspectivas de fortalecimento, qualificação e maior expansão dos serviços primários de saúde.

Nesse processo, no entanto, não se previu nenhum mecanismo que garantisse descentralização e desconcentração de poderes também nas secretarias estaduais e nas secretarias municipais de saúde. Além disso, os convênios SUDS assumiram formas variadas conforme o Estado, apresentando diferentes níveis de transferências de funções e abarcando distintas esferas descentralizadas de governo. Houve também convênios que se caracterizaram como mera ampliação das AIS. Essas diferenças estavam associadas às conjunturas políticas e sociais específicas de cada Estado, isto é, à importância política dos governadores e de seus secretários de saúde e às condições técnicas e operacionais das secretarias de saúde e da rede de serviços de saúde.

Em suma, pode-se afirmar que o crescimento, a partir de 1982, do repasse financeiro do nível federal para os outros níveis de governo, a conseqüente expansão dos serviços primários no nível público e a integração entre as instituições de saúde constituíram precondições essenciais para que se pudesse organizar um sistema único de saúde. Fatos políticos de grande significação, como o funcionamento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e o funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte, também pressionaram as instituições de saúde a tomarem iniciativas concretas para a estruturação de um sistema único de saúde, regionalizado, hierarquizado, universal, integralizado e descentralizado.

Assim, na Constituição de 1988, a saúde é concebida como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada por políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Baseado nesses princípios, criou-se então o Sistema Único de Saúde (SUS) — rede de ações e serviços públicos de saúde, regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada nível de governo, para proporcionar

atendimento integral com ênfase nas medidas preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais, e com participação comunitária. As competências do SUS foram assim definidas:

- a. prestar assistência integral à população, predominantemente nos aspectos preventivos e promocionais, através da rede pública de serviços básicos e, complementarmente, da rede privada filantrópica;
- b. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados, equipamentos e insumos;
- c. executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador;
- d. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- e. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- f. incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- g. fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água;
- h. participar do controle e da fiscalização dos produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- i. colaborar na proteção do meio ambiente e do trabalho.

Para financiamento do Sistema Único, a Constituição previu recursos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos territórios e municípios, além de outras fontes. As instituições privadas participariam de forma complementar, segundo as diretrizes do SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, estabelecido preferencialmente com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos. Salvo nos casos previstos em lei, a Constituição vigente vedou a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil.

Descentralização tutelada

A implementação do SUS, após a promulgação da Constituição de 1988, fez-se pela elaboração de Lei Orgânica da Saúde, aprovada pelo Congresso Nacional em dezembro de 1990¹². No centro das discussões sobre a implementação do SUS, impuseram-se duas ordens de problemas: a definição das instâncias gestoras do sistema de saúde e a adoção de critérios para os repasses dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados e municípios. Cabe salientar que a versão definitiva da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.142, de dezembro de 1990) foi editada tendo em vista os vetos que o projeto da lei anterior (lei nº 8.080) havia recebido, principalmente no tocante à participação da comunidade e ao repasse direto de recursos. Assim, a Lei Orgânica definitiva não apenas acabou por prever a figura de Conselhos de Saúde como instância gestora do sistema, como também estabeleceu o critério de paridade na participação da burocracia governamental, dos prestadores de serviços, dos profissionais do setor saúde e dos usuários. Segundo a Norma Operacional Básica, de janeiro de 1991, são atribuições dos Conselhos de Saúde a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; a

12. A Lei Orgânica da Saúde foi fruto do relatório do deputado Geraldo Alckmin na Comissão de Assistência, Previdência e Saúde e dos projetos de lei do deputado Raimundo Bezerra (1989) e do Executivo (1989). Sua primeira versão (lei nº 8.080/90) foi aprovada pelo Congresso e sancionada com vários vetos pelo Presidente da República. Em dezembro de 1990, o Poder Executivo, após absorver propostas de vários segmentos envolvidos no setor e tentando reparar os problemas gerados pelos vetos presidenciais ao projeto original, enviou ao Congresso novo projeto de lei (nº 8.142/90), que seria por fim aprovado.

aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação; e a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às secretarias estaduais, municipais e aos Fundos de Saúde.

Quanto à transferência de recursos, a lei original (nº 8.080) havia previsto o repasse automático, baseado nos seguintes critérios: população, perfil epidemiológico, gasto proporcional em serviços, desempenho técnico/financeiro e econômico de período anterior e plano quinquenal de investimento. A lei definia um teto mínimo para o repasse aos municípios (não inferior a 45% do Fundo de Saúde) e a abolição da forma convênio. Os vetos presidenciais extinguíram o repasse automático, o teto mínimo, e a abolição dos convênios. Com a lei nº 8.142, o repasse dos recursos passou a ser definido pelo próprio Executivo, pois o Ministério da Saúde ficava autorizado para estabelecer as condições de aplicação de seu conteúdo, por meio de portarias. A regulamentação da lei¹³ deixou o repasse automático em aberto e, em 1991, a Norma Operacional Básica estabeleceu que, para aquele ano, as transferências deveriam ser feitas com base no critério populacional, tendo ainda como parâmetro de reajuste a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). O teto mínimo para o repasse aos municípios foi expandido para 70% do Fundo de Saúde, sendo que a base jurídica das transferências deveriam ser os convênios.

A regulamentação da Lei Orgânica definiu também as seguintes exigências para o recebimento dos recursos pelos Estados e municípios: formação de Conselhos de Saúde (com representação paritária); Fundos de Saúde e Planos de Saúde aprovados pelo Conselho e referendado por autoridade do poder executivo; programação e orçamentação da saúde; relatório de gestão local; e constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, com prazo de dois anos para implementação. Além disso, definiu-se que o pagamento da cobertura ambulatorial pública e privada seria feito com base em procedimentos diagnósticos (atos médicos) e que os municípios e os prestadores privado receberiam repasse direto.

Os problemas que tais resoluções acarretaram ao sistema de saúde foram vários. O sistema antigo, com base nos termos aditivos ao convênio SUDS, previa o repasse mensal para o custeio dos centros ambulatoriais municipalizados. Agora, esses recursos passaram a se agrupar em uma Unidade de Cobertura Ambulatorial, a UCA/mês, constantemente corrigida. Do valor total dessa cobertura (população do Estado X UCA) deduz-se o valor das guias de autorização de pagamentos dos centros ambulatoriais públicos e privados¹⁴. O pagamento por produção na rede ambulatorial pública introduz uma série de inconvenientes, como a falta de recursos para os gastos com programas especiais (os de tuberculose, hanseníase, AIDS, hemoterapia e outras ações, por exemplo, educação em saúde e ações coletivas). Acrescenta-se ainda a falta de tradição do setor público em contabilizar as ações curativas e preventivas do modo como faz o setor privado, o que significa que as ações públicas em saúde fogem da regra oferta/cadastramento e produção/faturamento de atos médicos.

Além disso, o repasse direto para municípios e setor privado esvaziou os serviços de avaliação e controle das instâncias regionais do Estado. Houve também o privilegiamento dos serviços privados, pois os recursos repassados em duodécimos aos Estados e municípios são

13. Portarias 1.481, de 31/12/1990; e 15, 16, 17, 18 e 20, de 8/1/1991; resolução 250, de 7/1/1991, e Norma Operacional Básica 1/91, de 7/1/1991

14. A fórmula do repasse é a seguinte:

$$\text{População de Estado X UCA} = \text{Repasse}$$

$$\text{Repasse}/12 = \text{Repasse mensal}$$

$$\text{Repasse} - \text{Guia de Autorização de Pagamento (público + privado)} = Y$$

$$10\% \text{ de } Y = \text{Repasse para a secretaria estadual para ações de vigilância}$$

$$Y - 10\% (Y) = Z$$

$$Z/\text{população do Estado} = W$$

$$W \times \text{população do(s) município(s)} = \text{Repasse municipal.}$$

resultados da subtração dos gastos com os prestadores privados. Por fim, constatou-se que os municípios grandes recebem recursos que superam a antiga lógica de pagamento por custeio, enquanto os municípios pequenos são prejudicados.

Assinale-se que a implementação do SUS, mesmo no Estado de São Paulo, onde seu desenvolvimento foi maior, apresentava, antes mesmo dessas novas resoluções, vários problemas decorrentes da incapacidade do nível regional em gerenciar o novo modelo de saúde. As novas medidas de municipalização aceleraram o processo de desajuste dos níveis regionais, pois um município economicamente forte e com alta capacidade de resolutividade, dificilmente está estimulado a promover um entrosamento satisfatório com o nível regional.

De um modo geral, critica-se que os municípios, ao se tornarem um dos eixos da implementação da política de saúde, distorceram o modelo assistencial em favor do aumento da cobertura do sistema, identificado com o pronto-atendimento, na medida em que o pagamento por produção, tanto para o setor público como para o setor privado, induz a um desvio produtivista no sistema e um afastamento das questões relativas à qualidade e ao tipo de assistência prestada.

Quanto às instâncias gestoras, a tendência que vem se verificando no Estado de São Paulo é o domínio do poder local (prefeituras) na atuação e composição das comissões inter-institucionais. A instância regional (CRIS) atua — quando o faz — mais como mediador dos conflitos entre municípios, causados, em sua maior parte, pelas diferenças, entre eles, das faixas salariais e pelas chamadas invasões de áreas (demanda por serviços de outro município). O princípio de paridade nos Conselhos de Saúde talvez venha a neutralizar a presença hegemônica do poder local. Não se pode, contudo, desprezar os inúmeros mecanismos de que as prefeituras dispõem para impedir uma participação que se oponha às diretrizes de suas políticas locais, nem tampouco ignorar o baixo grau de organização da população em relação às prerrogativas de sua cidadania social.

Nesses primeiros anos do SUS, pode-se afirmar que se verificou um reforço muito grande dos municípios na implementação da assistência à saúde, já que, por meio de uma descentralização tutelada pelo governo federal, eles evoluíram de simples espectadores a prestadores de serviços. Apesar disso, eles não podem ainda ser vistos como co-participes do sistema único, mas apenas como ofertantes, contratados segundo a forma de pagamento definida pelas novas resoluções. Tal configuração constitui um grande obstáculo para o poder de decisão da comunidade de promover saúde, ao mesmo tempo em que dificulta a relocação da dimensão biológica da medicina num âmbito dependente dos objetivos sociais.

Mas também há pontos positivos na implementação do SUS. Com o Sistema Único, as instâncias estaduais e municipais passam a ter um papel muito mais ativo na prestação, no planejamento, no financiamento e no controle das ações, além da obrigatoriedade de instituírem Conselhos de Saúde para a gestão da política em seus respectivos níveis de governo. O setor público torna-se responsável pela assistência básica curativa e pela compra, descentralizada e de forma supletiva, dos serviços que não possa oferecer. Os serviços (ambulatoriais, laboratórios e hospitais) organizam-se em um sistema, estruturado segundo graus de abrangência, hierarquia e referência. Por fim, a descentralização proposta implica a municipalização dos serviços, e o comando do sistema passa a ser de responsabilidade municipal.

Esse é, no entanto, um processo altamente complexo de implementação de políticas públicas. O SUS, configurando-se primeiro em rede de serviços — isto é, sistema — e, segundo, imprimindo uma descentralização operacional e política que tenha por base a municipalização, acaba por superpor duas dimensões: a da malha estruturada dos serviços, organizada para uma determinada realidade social e populacional, e, nessa mesma realidade, a da sua geografia institucional, política e cultural. Daí derivam tensões permanentes, entre a lógica de sistema e as

lógicas municipais e locais. Além disso, nas lógicas de prestação de serviços, principalmente no nível prestador (municipal), introduzem-se variáveis políticas, na medida em que, no sistema federativo brasileiro, as três instâncias de governo estão submetidas a sufrágio universal. É preciso também levar em conta as tensões derivadas do repasse de recursos, pois o sistema continua financiado com recursos federais e os repasses não são automáticos, e os conflitos entre redes pública e privada na oferta dos serviços, agora transferidos para o nível local. E como o tamanho do município é um importante parâmetro para a municipalização e para o funcionamento, a eficácia, a resolutividade e desenho dos sistemas locais, emergem problemas complexos de operacionalização do SUS, principalmente nos municípios que são capitais do Estado ou sedes de regiões metropolitanas. Todas essas dificuldades exigem que sejam redefinidos, de modo mais fino, complexo e articulado, os papéis, as funções e as competências das três esferas de governo.

No próximo capítulo, reconstituo as mudanças institucionais operadas no Estado de São Paulo pela Secretaria Estadual de Saúde, de forma a apreender, a partir dessa experiência regional, os problemas aqui levantados.

Capítulo 2

São Paulo: criação do sistema estadual de saúde

Como vimos, a década de 80 foi marcada por fortes mudanças na política brasileira de saúde. Pode-se dizer que a agenda de saúde, nesse período, foi pautada por quatro grandes teses prioritárias:

- a. integralidade das ações de saúde, evitando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo e ambulatorial/hospitalar;
- b. prioridade às ações primárias de saúde;
- c. prioridade ao setor público em relação ao setor privado;
- d. formação de estruturas descentralizadas, regionalizadas e hierarquizadas de organização dos serviços de saúde.

Também nos Estados, a década foi de mudanças: eles deixaram de ser meros receptores da política federal para tornarem-se, pela primeira vez, interlocutores do processo de influências, tendo em vista o propósito centralizador das políticas federais de saúde (AIS/SUDS/SUS).

Políticas antecipadoras

Em alguns Estados, porém, ocorreram iniciativas políticas que não só foram convergentes com os referidos propósitos, como também, em alguns casos, anteciparam-se às mudanças propostas pelo nível federal. Esse é o caso de São Paulo, que, já em 1983, adotou o Programa Metropolitano de Saúde (PMS) visando a criação de áreas descentralizadas na Região Metropolitana de São Paulo, a incorporação da assistência médica pelo setor público e a integralida-

de das ações preventivas e curativas e da rede básica e hospitais. Em 1984, o caráter "antecipador" da política de São Paulo manifestou-se na implementação da municipalização, mediante convênios entre o Estado e os municípios, prevendo repasse de recurso. Em 1986, criaram-se os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs) por áreas de saúde regionalizadas e descentralizadas, estabelecendo uma nova estrutura para os serviços de saúde do Estado. Por fim, o processo de municipalização em São Paulo acelerou-se a partir de 1987, com a implantação do SUDS por um decreto estadual (Decreto de Municipalização nº 27.140, de 30/6/1987), delegando ao Secretário de Saúde competência para firmar os convênios dos serviços de saúde com os municípios.

Desse modo, essas políticas fizeram com que a implementação do SUDS/SUS no Estado de São Paulo ganhasse especificidades e se concretizasse em ritmo e intensidade diferentes em relação ao que ocorreu em outros Estados. Elas induziram, mesmo antes do SUDS/SUS, o processo de regionalização/descentralização no Estado e a incorporação do componente da assistência médica nas ações de saúde da Secretaria.

A ocorrência dessas reformas deve-se à construção de uma agenda alternativa às práticas de saúde habituais no Estado — até então caracterizadas pelo baixo grau de incorporação da assistência médica individual pelos ambulatorios estaduais, pela falta de integração entre rede básica/hospitais e pelo baixo grau de autonomia das áreas de saúde descentralizadas. Essa agenda alternativa procurou definir os princípios que deveriam nortear a política de saúde (por exemplo, a universalização); o tipo de organização que deveriam ter os serviços (por exemplo, a regionalização, a descentralização e a municipalização); o modelo de assistência (por exemplo, a integralidade das ações); e a defesa da participação da comunidade na formulação, na implementação e na gestão das políticas de saúde. Tais questões foram levantadas em diferentes momentos e fóruns (Congressos Paulistas de Saúde Pública, encontros, simpósios etc.), por diferentes entidades da sociedade civil, desde a segunda metade dos anos 70. As razões para isso encontram-se nos contornos políticos do período: o processo de democratização, o que permitiu o acesso desses movimentos e desses atores às instituições de saúde do Estado¹.

Na segunda metade da década de 80, o impulso para mudança dependeu, também, da agenda política dos governos Montoro e Quéricia, favoráveis à descentralização e à municipalização. O governo Montoro propiciou novas agendas para a atuação pública, grande renovação nos quadros dirigentes da Secretaria de Saúde e um grau intenso de participação comunitária nas decisões da política de saúde (Martes, 1990).

Cabe também assinalar que, na Secretaria Estadual de Saúde, o processo de reestruturação administrativa (visando a descentralização) e de mudança no modelo de prestação de serviços (com o objetivo de incorporação do componente assistência médica individual nas ações de saúde da Secretaria) foi iniciado já na década de 70. Esse processo, porém, só ganharia impulso nos anos 80, quando se propôs um novo modelo de políticas federais, possibilitando desde maior transferência de recursos até a efetivação de novas formas de gestão interinstitucional que abarcassem todos os níveis de governo — sem o que dificilmente se constrói a idéia de sistema. Desse modo, embora o discurso oficial da Secretaria viesse se modificando desde o

1. Durante a década de 80, os atores mais importantes no jogo das negociações para a definição e implementação das políticas de saúde foram: no campo privado, a Associação de Hospitais de São Paulo, o Sindicato dos Hospitais e a Associação das Misericórdias; no campo dos trabalhadores em saúde, as associações e as corporações da área médica e de servidores da estrutura pública (Sindicato dos Médicos, Associação dos Médicos Sanitaristas e Associação dos Servidores da Secretaria de Estado da Saúde); no campo público, a alta burocracia da Secretaria de Estado da Saúde e dos demais órgãos públicos que compõem o sistema de saúde (INAMPS, Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo e prefeituras municipais); no campo das organizações populares, os diferentes movimentos pró-saúde da Região Metropolitana de São Paulo.

início dos anos 70, na prática, foi somente em algumas áreas específicas que se concretizaram ações que propugnassem pela assistência integral à saúde, sob um outro tipo de organização dos serviços.

O caso de São Paulo ilustra o que chamamos de ciclo descentralizador virtuoso, que ocorre quando há essa combinação explícita de objetivos, políticas e programas entre os diferentes níveis de governo.

A descentralização operada na política de saúde, na década de 80, foi de tipo específico que, induzindo novos papéis e funções para as instâncias subnacionais de governo, só pôde se efetivar, realmente, combinando-se com políticas e programas impulsionadores de reformas e reestruturações no plano dos Estados, como ocorreu em São Paulo. Tais políticas e programas também produziram alterações de peso no financiamento e nos indicadores de funcionamento dos serviços de saúde. Além disso, esse tipo específico de descentralização exigiu contrapartidas de peso dos demais níveis de governo, envolvendo a formulação de novas políticas e programas pelos níveis estaduais; a implementação de reformas administrativas e técnicas; uma maior participação orçamentária; a adoção de novas políticas para área de recursos humanos etc.

Neste capítulo, procuro reconstituir as mudanças mais importantes operadas no plano institucional pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, no decorrer da década de 80. Na análise institucional, dá-se ênfase ao estudo de dois aspectos: o modelo de estruturação administrativa e o de prestação dos serviços (o conjunto de atividades definidas para os serviços de saúde). Também descrevo as iniciativas mais importantes implementadas na década de 70 que, em alguns aspectos, se assemelham às novas propostas de reforma dos anos 80 e que considero terem influenciado o desenho da política de saúde no Estado: a proposta de Sistema Estadual de Saúde dos anos 70 e as experiências de Cotia e São Matheus, na área metropolitana de São Paulo.

Reformas administrativas

Os órgãos responsáveis pela oferta de serviços de saúde no Estado de São Paulo são a Secretaria Estadual de Saúde (SES), a Superintendência Regional do INAMPS, atualmente incorporada pela SES, e as secretarias municipais de saúde².

Na década de 80, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo passou por grandes alterações tanto no modelo de prestação de serviços quanto no plano administrativo. As reformas administrativas foram o resultado das mudanças em processo, mas, por vezes, também as induziram. Vale, no entanto, chamar a atenção para o fato de que o discurso do tipo “integração dos serviços em nível local”, “descentralização executiva” etc., já estava presente desde a reforma administrativa de 1967³, na primeira gestão de Walter Leser, quando se propôs modificar a estrutura organizativa e operacional da SES, tendo as seguintes diretrizes prioritárias:

2. Até a implementação do SUDS, a Secretaria Estadual de Saúde (criada pelo decreto-lei nº 17.339, de 20/6/1947, com o nome de Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública e da Assistência Social) foi responsável pelas ações de saúde na área da assistência coletiva e preventiva e de controle ambiental. As ações visando o atendimento médico individualizado e curativo estavam a cargo da Superintendência Regional do INAMPS. Tais serviços eram realizados em redes privadas contratadas, na rede própria do INAMPS ou na rede pública estadual e municipal (mediante convênios AIS, a partir de 1984). As secretarias municipais realizam ações preventivas e curativas na área de urgência, através dos postos municipais e alguns hospitais próprios.
3. A Reforma Administrativa, de 1/6/1967 (decreto estadual nº 48.040) foi proposta no governo Abreu Sodré (1967-1970).

- a. integração dos serviços em nível local sob comando único, visando economia de recursos e melhor atendimento da população;
- b. descentralização executiva mediante adoção de maior autonomia às unidades de prestação direta de serviços;
- c. centralização normativa, para manter a execução dos serviços uniforme, mediante supervisão especializada e instrução permanente por meio de normas técnicas;
- d. implantação de sistemas permanentes de planejamento de epidemiologia, de estatística e de treinamento, visando a intercâmbio técnico e de recursos entre órgãos centrais e unidades periféricas, bem como o adestramento contínuo de pessoal.

A estrutura que vigorou de 1967 a 1985 dividia a SES em quatro Coordenadorias: de Saúde, da Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados. A reestruturação de 1967 foi também acompanhada pela regionalização da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC), com a criação dos Departamentos de Saúde e dos Distritos Sanitários. Os Centros de Saúde vinculavam-se de forma regionalizada à Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Além disso, compunham a estrutura, uma autarquia, duas fundações estaduais e quatro institutos⁴.

Cabe ressaltar que foi apenas na segunda gestão de Walter Leser (1975-1978) que se implementou, de forma mais conseqüente, a regionalização da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, com a consolidação dos departamentos. Uma das razões apontadas para isso foi a definição da permanência de médicos sanitарistas em período integral nas chefias dessas áreas⁵.

A grande contradição dessa estrutura residiu na permanência, até 1986, da dicotomia entre o atendimento ambulatorial/regionalizado e o hospitalar organizado por especialidades: enquanto a CSC estava organizada por regiões ou áreas, a Coordenadoria de Assistência Hospitalar estruturava-se pela especialidade do hospital (Departamento de Hospitais Gerais e

-
4. 1. Coordenadorias: Coordenadoria de Saúde da Comunidade; Coordenadoria de Assistência Hospitalar; Coordenadoria de Saúde Mental; Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados.
 2. Autarquia: Superintendência do Controle das Endemias.
 3. Fundações Estaduais: Fundação do Remédio Popular; Fundação Centro de Pesquisas de Oncologia.
 4. Institutos: Instituto Butantã; Instituto Pasteur; Instituto Adolfo Lutz; Instituto da Saúde.

Como se verá adiante, essa estrutura manteve-se até 1986 com uma única alteração, ocorrida em 1985: a criação da quinta Coordenadoria, a do Programa Metropolitano de Saúde, visando o cumprimento das metas e dos objetivos do referido programa.

5. A lei que cria a carreira de médico-sanitarista é de 1965 (decreto-lei, de 2/10/1965) e foi regulamentada pelo decreto de 10/3/1969. Ela considerou como prioridade a formação de profissionais dessa área, sendo-lhes atribuído a administração dos serviços de saúde em nível local e sub-regional e as chefias dos distritos sanitários e centros de saúde de toda a rede estadual.

Pelo decreto de regulamentação, a carreira foi desdobrada em quatro níveis: médico-sanitarista I (200 cargos); médico-sanitarista II (161 cargos); médico-sanitarista III (175 cargos); e médico-sanitarista IV (36 cargos). Mas foi somente em 1976, através de convênio firmado entre o Ministério de Saúde, a Secretaria do Estado e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que surgiram as condições para o preenchimento desses cargos criados pela Reforma e distribuídos pelos diferentes níveis. Ressalte-se que, em 1975, do total de cargos criados com a carreira apenas 190 foram preenchidos, permanecendo vagos 69% desse total, o que acarretou a necessidade de criação do curso da Faculdade de Saúde Pública. O convênio previu a realização de quatro cursos semestrais, dois por ano, com turmas de 60 alunos cada, sendo 50 indicados pela SES e 10 pelo Ministério. Como resultado dessa iniciativa, 315 dos 361 médicos inscritos no curso da Faculdade, em 1979, ingressaram na carreira. A entrada desses médicos-sanitaristas na SES, em fins dos anos 70, significou um avanço nas discussões sobre saúde, contribuindo para que a tônica das atenções da Secretaria passasse a ser a saúde pública.

Especiais, de Hospitais de Tisiologia e de Dermatologia Sanitária). Em suma, as principais características da estrutura da SES podem ser assim sintetizadas, segundo Mercadante (1986):

- centralização técnico-normativa e de planejamento no Departamento Técnico-Normativo;
- rede de prestação (centros de saúde, ambulatórios, hospitais e laboratórios) subordinada a diferentes estruturas (coordenadorias), sem nenhuma integração entre si em nível local;
- uma única coordenadoria regionalizada, as demais permanecendo departamentalizadas segundo o critério da especialização e/ou de processo;
- coordenadorias constituindo pesadas organizações burocráticas, com departamentos, divisões, serviços, seções e setores, e a reprodução dessa subdivisão nos Departamentos Regionais de Saúde;
- distância acentuada entre os níveis de decisão e execução, com grande número de escalões intermediários;
- supervisão da CSC distribuída em vários níveis da organização;
- atividades de vigilância epidemiológica e sanitária pulverizadas em vários órgãos.

Cabe assinalar que, em 1978, criou-se o Fundo Estadual de Saúde (regulamentado em 1979), que viria a ser um importante instrumento de captação e alocação de recursos extra-orçamentários, especialmente a partir do convênio Ações Integradas de Saúde (AIS).

Como foi dito, essa estrutura permaneceu inalterada até meados dos anos 80. Na gestão de João Yunes (1983-1987), entretanto, formula-se na SES um tipo de descentralização de gerência, na qual os diretores dos Departamentos Regionais de Saúde passam a desempenhar o papel de "subsecretário". Eles presidem as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS)⁶ e os Grupos Regionais de Integração de Ações de Saúde (GRIAS) e são responsáveis pela consolidação dos orçamentos das várias unidades da SES, em cada região, e pela coordenação e implantação dos convênios de integração dos serviços públicos com os municipais. Os GRIAS foram criados em 1983 para constituírem-se em uma instância de integração e de coordenação entre os serviços de uma determinada área. A sua criação, entretanto, acarretou uma contradição insolúvel para a Secretaria, pois as unidades a serem integradas (hospitais e ambulatórios) estavam subordinados a coordenadorias diferentes, com lógicas administrativas diversas.

Também em 1983, as AIS vieram reforçar o movimento em curso, pelo fato de configurarem um importante instrumento de integração e descentralização que, junto com outras variáveis, impulsionariam a própria reestruturação da Secretaria, em 1986. As AIS passaram a ser vistas como estratégia fundamental para a consolidação de um sistema integrado de saúde, radicalmente diferente do modelo proposto no Sí tema Nacional de Saúde. Assim, em agosto de 1983, foi assinado o primeiro Termo Aditivo das AIS com o Estado de São Paulo. Os convênios envolveram, até 1986, todos os serviços de saúde da SES e 501 municípios, correspondendo a 98% da população do Estado.

6. Como foi visto no Capítulo 1, a partir dos AIS propõe-se uma estrutura colegiada de gestão dos serviços de saúde composta por:

CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento), em nível do governo federal;

CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde), em nível do Estado, presidida pelo Secretário de Saúde do Estado;

CRIS (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde), em nível de cada região de saúde;

CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), em nível municipal;

CLIS (Comissão Local Interinstitucional de Saúde), em nível local.

Na gestão de Yunes também foram criados o Departamento de Recursos Humanos (DRHU) e o Centro de Informações de Saúde (CIS), modernizando a estrutura de nível central. Por fim, em 1985, a SES implantou uma nova lógica para a reestruturação de serviços, com a criação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS). Uma nova Secretaria de Saúde estava nascendo. De fato, associada a esse programa, criou-se também a Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS), que cuidou dos estudos de um novo modelo de gerenciamento integrado. Disso resultaram 12 Módulos de Saúde, implantados em cinco áreas da Região Metropolitana. Os módulos da CPMS apresentavam uma estrutura diferente da mantida pela SES, integrando hospital e ambulatório em uma gerência única.

Os resultados positivos desses novos modelos de integração dos serviços (AIS/PMS), possibilitaram, a partir do segundo semestre de 1985, o aprofundamento nos estudos visando uma ampla reforma administrativa, conferindo à Secretaria uma nova concepção organizacional, mais moderna e adequada às diretrizes da regionalização, da descentralização e da hierarquização dos serviços. Desses estudos surgiria a proposta básica dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs).

A criação dos ERSAs

O processo de regionalização e descentralização na SES, ao longo da década de 80, encontrou seu momento de auge no período 1985-1987, com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs). Segundo Mercadante (1986), esse é o período da "nova estrutura", que se apresenta como uma proposta para o futuro. Os ERSAs originaram-se da política, estabelecida no governo Montoro (1983-1987), de criar Escritórios Regionais de Governo (ERGs) para formar instâncias descentralizadas de coordenação das ações das diferentes secretarias estaduais, obedecendo às diversidades regionais existentes no Estado.

Na Secretaria de Saúde, o processo de descentralização, como já foi assinalado, era parcial, pois apenas a estrutura da Coordenadoria de Saúde da Comunidade estava descentralizada por departamentos e distritos. Ao mesmo tempo, porém, tanto a política das Ações Integradas de Saúde (AIS) quanto o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), ao criarem áreas descentralizadas na Região Metropolitana, vinham acelerando o processo de descentralização e de integração dos serviços. A criação dos ERSAs, portanto, veio também responder a essa necessidade interna da própria SES de solucionar a sobreposição, de fato, de duas estruturas: a antiga, que vigorava para o interior do Estado, formada por departamentos e distritos, e a nova, do PMS, constituída de módulos e regiões de saúde, que se desenvolvia na área metropolitana.

Os ERSAs visavam, então, a constituição, em cada região específica, de uma nova instância de coordenação dotada de uma estrutura técnico-administrativa, a fim de integrar todos os serviços da SES (centros de saúde/hospitais/laboratórios) naquela região. Representavam, portanto, uma estrutura de "afirmação" da SES na coordenação dos serviços de saúde. Cada ERSA tinha como sua instância política, de coordenação, a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e como instância técnico-administrativa, as antigas estruturas da SES, absorvendo Departamentos Regionais de Saúde e/ou Distritos Sanitários, além das unidades hospitalares, ambulatoriais, psiquiátricas e laboratoriais.

Ao instituir essa nova estrutura, os decretos nº 25.519 e nº 25.609, de julho de 1986, criaram 62 ERSAs: 47 no Interior e 15 na Grande São Paulo. Sua distribuição obedeceu aos mesmos critérios adotados para a estruturação dos Escritórios Regionais de Governo, isto é, o de territorialização da área do Estado de São Paulo, mas também se levaram em consideração outros critérios, específicos de saúde, como graus de acesso da população aos serviços, perfil

epidemiológico etc. Além disso, criaram-se cinco Macro-Regiões de Saúde — as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) — com a finalidade de constituírem-se em instâncias intermediárias de coordenação entre os ERSAs e o nível central da SES.

Pode-se afirmar que a concepção dos ERSAs obedeceu a uma nova lógica: prioridade do nível regional ou local com redução da dimensão burocrática e administrativa do nível central. O nível regional passou a ser a instância de coordenação, de organização e de execução dos programas de saúde, assim como de avaliação dos resultados e dos impactos alcançados, em consonância com o nível central. Como vimos, os diversos tipos de unidades estaduais de saúde — centros de saúde, hospitais gerais e especializados, laboratórios de saúde pública —, passaram a se subordinar ao ERSA, que, por sua vez, subordina-se a uma das cinco Macro-Regiões. É importante ressaltar que, em conformidade aos princípios de reformulação do papel do setor público, as atribuições do ERSA não se restringem à coordenação e gerência das unidades estaduais de sua região. Mais do que isso, é-lhe assegurada uma importante participação, através da CRIS, na condução do processo de planejamento e na coordenação de todo o setor de saúde na região, inclusive a coordenação das ações dos órgãos federais, municipais e privados.

A reforma administrativa que criou os ERSAs, de 1986, também estipulou que as áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, antes dispersas, fossem reintegradas em dois centros — Centro de Vigilância Epidemiológica e Centro de Vigilância Sanitária —, com ações coordenadas por um Conselho de Vigilância. Por fim, a Reforma de 1986, criou, no nível central, novas unidades de apoio, diretamente ligadas aos ERSAs: o Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (CADAIS), para prestar assessoria ao Secretário e aos ERSAs, visando providenciar, articular, reunir e divulgar subsídios técnicos e científicos demandados pela rede de prestação de serviço, especialmente em relação ao novo modelo assistencial e à integração das ações de saúde; e o Centro Técnico de Manutenção de Equipamentos e Edificações, para apoio técnico aos ERSAs na área de planejamento, manutenção dos equipamentos e edificações da rede física.

O SUDS em São Paulo

Outra importante transformação operada na SES, na década de 80, foi a implantação, no Estado de São Paulo, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a partir de 1987. O SUDS representou o aprofundamento do processo de descentralização ao ampliar a ação administrativa e de coordenação dos próprios ERSAs, que passaram a absorver as antigas funções do INAMPS em suas respectivas áreas e, portanto, o controle sobre os contratos e os convênios com as instituições privadas de saúde, além da administração e a gerência dos serviços próprios do INAMPS. No plano estadual, portanto, a política federal, no caso o SUDS, traduziu-se na integração dos serviços estaduais de saúde com a rede própria e contratada do INAMPS.

Desde o início, tal integração foi conduzida pela Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS). Conforme Junqueira e Inojosa (1989), as resoluções da CIS, nesse período, visaram dois objetivos básicos do SUDS: de um lado, integrar o INAMPS à SES e, de outro, aprofundar o processo de municipalização. Segundo os autores,

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 estrutura estadual, procurando, de um lado capacitá-la para as tarefas recebidas e,

de outro lado, efetuar a desarticulação de 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.

Assim, em 11/6/1987, antes, portanto, da formalização do SUDS por decreto presidencial, a CIS já define os Grupos de Trabalhos Interinstitucionais (GTIs) para os vários sistemas administrativos e para a área-fim, incluindo um GTI de Municipalização da Rede Básica de Saúde⁷. Alguns dias depois, determina-se a integração funcional, em 30 dias, dos servidores dos serviços de Medicina Social do INAMPS aos ERSAs⁸. Na mesma data, é aprovado um modelo básico de convênio, a fim de implementar a integração dos serviços locais de saúde de cada município, e o apoio da CIS às estratégias de municipalização dos serviços de saúde sob o comando da Secretaria Estadual de Saúde⁹. Ao mesmo tempo ficam suspensos por 90 dias a abertura, o andamento e a homologação de processos referentes ao estabelecimento ou à ampliação de contratos, cadastramentos e credenciamentos para prestação de serviços do setor privado, para que, nesse período, os órgãos colegiados das AIS possam promover a avaliação dos contratos e convênios existentes e das necessidades de cobertura assistencial¹⁰.

Após a formalização do SUDS, atribui-se a um dos GTIs a competência para propor a compatibilização dos sistemas de gestão orçamentário-financeira das instituições participantes (INAMPS e SES) e adotam-se medidas para a elaboração da programação e orçamentação contemplando todos os serviços de saúde¹¹. Cria-se também uma estrutura provisória ou transitória para operacionalizar a incorporação do INAMPS à SES, ou, na linguagem das resoluções, estruturar o SUDS-SP¹². Assim surgem, subordinadas ao presidente da CIS (o Secretário da Saúde), a Unidade de Planejamento e Programação (UPP/SUDS-SP), a Assessoria Jurídica (ASJR/SUDS-SP), e a Unidade de Avaliação e Controle (UAC/SUDS-SP). Além disso, os ERSAs passam a ser SUDS-regionais, aos quais se integram as unidades de prestação de serviços do INAMPS e os Serviços de Medicina Social (SMS), também do INAMPS, das respectivas áreas de abrangência¹³. A compatibilização entre os SMS do INAMPS e os ERSAs é realizada por um trabalho do CADAIS com a Secretaria Executiva da CIS.

A partir de março de 1988, o Estado de São Paulo passa a responsabilizar-se pelo pagamento das contas ambulatoriais do setor privado contratado e conveniado. O CADAIS e a UAC preparam um "Manual de Procedimentos", transferindo a atribuição do pagamento dessas contas para os ERSAs. Desse modo, as atribuições do INAMPS não somente são incorporadas pelo Estado como também imediatamente regionalizadas. Por fim, mediante o decreto nº 30.073, de 21/6/1989, o governo do Estado formaliza algumas regras de operacionalização do SUDS (ou SUS, segundo a denominação já consagrada pela Constituição de 1988), reiterando as bases do sistema e as normas das relações entre os governos estadual e municipal no setor. Além disso, o decreto explicita a transferência aos municípios dos equipamentos sob gestão do Estado, que atuem preponderantemente ou exclusivamente na área municipal, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local. Os ERSAs são definidos como instrumento da descentralização.

7. Resolução CIS-SP 31/87, de 11/6/1987.

8. Resolução CIS-SP 34/87, de 30/6/1987.

9. Resolução CIS-SP 39/87, de 30/6/1987.

10. Resolução CIS-SP 38/87, de 30/6/1987.

11. Resolução CIS-SP 53/87, de 28/8/1987.

12. Resoluções CIS-SP 55/87 e CIS-SP 56/87, de 28/8/1987.

13. Resolução CIS-SP 57/87, de 28/8/1987.

Ao implementar essa política, a SES, apesar de seus esforços, deparou-se com novos desafios. Os SUDS regionais pretendiam integrar todos os tipos de serviços (públicos e privados), mas os ERSAs haviam sido estruturados para integrarem apenas os serviços públicos, embora coodenassem, por meio das CRIS, toda a rede. Devido a essa disparidade, os instrumentos técnicos e gerenciais utilizados pelas unidades locais (por exemplo, os sistemas gerenciais de tipo orçamentário-financeiro, de custo etc.) tornaram-se rapidamente obsoletos, exigindo uma estrutura técnica mais “pesada” para manuseio de instrumentos de administração e controle. Pode-se afirmar, então, que a existência dos ERSAs facilitou a implantação do SUDS no Estado, mas revelou, muito rapidamente, a sua inadequação frente às tarefas de coordenação técnica e política introduzidas pelo sistema, no que se refere aos montantes e tipo de serviços a serem integrados. Essas mudanças na estrutura da SES propiciaram não apenas o desenvolvimento de novos arcabouços gerenciais e de uma máquina administrativa mais moderna, como consolidaram o papel de destaque da Secretaria na política de saúde no Estado — o que já vinha acontecendo desde as AIS e o PMS.

Modelos de prestação de serviços

Os antecedentes mais imediatos das propostas de modelos assistenciais¹⁴ da década de 80 encontram-se nas transformações ocorridas na estrutura da SES, no final dos anos 60 e início dos 70. A reforma de 1967 já definia a unidade sanitária local — o Centro de Saúde — como unidade polivalente, isto é, que desenvolve ações integradas de diferentes programas e segundo a definição da população-alvo a ser atendida. Essa concepção rompeu com a verticalidade existente nos programas tradicionais da saúde pública, que mantinham unidades especializadas ou por doenças (tuberculose, hanseníase, saúde mental etc.), ou por grupos populacionais prioritários. A reforma estabeleceu uma hierarquia dessas unidades, que vai do Centro de Saúde de tipo V (menos complexo, devendo atingir populações de até 10 mil habitantes) até o Centro de Saúde de tipo I (referência ambulatorial de programas especializados, para populações acima de 50 mil habitantes). Criaram-se, também, os Departamentos Regionais de Saúde, que constituíram uma instância regional de coordenação dos centros de saúde de uma determinada área com funções administrativas e técnicas. Além disso, previu-se uma estrutura exclusivamente administrativa que agregasse vários centros de saúde — o Distrito Sanitário.

O grande passo foi dado em 1978, quando se implantou o modelo de programação, com atividades de caráter preventivo e curativo integradas nos Programas de Saúde. Esses programas passaram, então, a ser divididos em dois grandes grupos, segundo as atividades de assistência médico-sanitária: o primeiro, de Assistência à Saúde da Criança, contendo os subprogramas de Pediatria, Puericultura e Adolescente; e o segundo, de Assistência ao Adulto, com os subprogramas de Assistência à Gestante, Tisiopneumologia, Dermatologia Sanitária, Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas. Também se definiram como atividades do Centro de Saúde as referentes à odontologia e ao saneamento ambiental.

Esse modelo assistencial, prevalecente até o final da década de 70, também se caracterizou pelo profundo desligamento entre a rede básica e a assistência hospitalar: os hospitais estaduais, dirigidos para o atendimento de determinadas doenças (tuberculose, hanseníase, doenças mentais), não possuíam nenhum nível de ligação com os centros de saúde, constituin-

14. Denomino “modelo assistencial”, o modelo de prestação de serviços da SES, ou seja, o conjunto das atividades previstas para serem executadas pelos ambulatórios públicos, a integração das atividades curativas e preventivas no plano da assistência, a definição da porta de entrada do sistema, os níveis de integração previstos com a rede de serviços e o grau de cobertura definido.

do-se em unidades autônomas. Além disso, não havia, no período, a preocupação com a expansão e a melhoria da rede hospitalar do Estado. A própria incorporação do componente assistência médica também ficou reduzido a alguns segmentos da população (área materno-infantil).

A mudança mais profunda ocorreu, como já foi salientado, a partir da implantação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), em 1983, das AIS e do SUDS. Com o PMS, apareceram pela primeira vez na política oficial tanto a proposta de integração rede básica/hospital, quanto uma visão mais aprofundada sobre as formas de incorporar a assistência médica na rede de serviços do Estado. Aqui, examinaremos as mudanças no modelo assistencial introduzidas pelo SUDS, deixando a análise do PMS para o capítulo seguinte.

O SUDS e as mudanças

Com a Reforma Administrativa de 1986, a definição do modelo assistencial passou a ser responsabilidade do CADAIS, então criado. No ano seguinte, foram também criados os Grupos Especiais de Programação (GEPROs), incorporados ao CADAIS em junho de 1988. Os GEPROs tinham como proposta transformar os antigos programas verticais em grupos de assessoramento, com a participação de especialistas de renome que não pertencessem à SES, para fornecer suporte científico às normatizações dos Programas de Saúde e estabelecer novos vínculos entre os serviços e as escolas de Medicina do Estado. Foram criados 27 GEPROs, dos quais os referentes aos Programas de Saúde da Criança, da Mulher e do Trabalhador foram considerados prioritários.

Outra importante medida implantada pela SES, na época do SUDS, foi a criação do Núcleo de Atenção Integrada (NAI), que instituiu medidas práticas para a universalização da cobertura: abolição das exigências de carteiras de beneficiários do INAMPS e/ou qualquer outro documento a não ser o de identificação; extensão do horário de funcionamento das unidades de 12 ou 24 horas; desburocratização do atendimento e readequação do espaço físico para incorporar as atividades de assistência médica; e funcionamento ininterrupto das unidades durante a sua jornada, com a implantação três turnos de quatro horas de atendimento médico e/ou contratação em regime de plantão de 12 horas. A implantação do NAI foi realizada em duas fases. Na primeira, as unidades foram abertas à demanda espontânea da população com racionalização e otimização dos recursos existentes. Na segunda, ampliou-se a demanda mediante absorção de atividades mais complexas pelas ações de atenção primária (salas de pequenas cirurgias, caixa de material para parto, material de pronta entubação, ECG, ambulâncias etc.).

Em 1989, segundo a SES¹⁵, o NAI já atingia 85% dos centros de saúde estaduais localizados na Região Metropolitana de São Paulo. As medidas tomadas para adoção do NAI pela rede de serviços do SUDS foram:

- a. incorporação das novas rotinas ao estilo de trabalho programático das unidades convencionais, com especial atenção para o acompanhamento do impacto dessas medidas sobre o perfil de morbi-mortalidade da região;
- b. garantia de área física e de recursos materiais necessários à assimilação do atendimento das urgências médicas;

15. SES. Relatório preliminar de implantação dos Núcleos de Atenção Integral — NAI nos SUDS-R da Região Metropolitana, CADAIS/CIS/SUDS 1 a 15, fevereiro de 1989 (mimeo.).

- c. mobilização prioritária de médicos com formação ajustada aos objetivos do NAI (pediatria, clínica geral, ginecologia, obstetrícia);
- d. garantia de recursos auxiliares de diagnóstico e terapêutica, compatíveis com as atividades programadas;
- e. incentivo à participação dos servidores na criação de mecanismos de referência, como parte da atividade de avaliação periódica do desempenho das unidades envolvidas;
- f. fomento à delegação de funções técnicas e de gerenciamento das unidades, motivando os profissionais para o trabalho em equipe;
- g. programa de informação junto à população sobre o modo de usar a unidade de saúde, contendo o tipo de atenção possível de ser obtido, o número de médicos, as especialidades e os horários efetivos de atendimento.

Apesar disso, segundo a avaliação da própria SES, a adoção da proposta do NAI ficou limitada por três fatores. Em primeiro lugar, a idéia dos Programas de Saúde sofreu solução de continuidade e a proposta substitutiva — incorporação das cinco clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica, saúde mental e cirurgia) e do pronto-atendimento na rede básica — foi implementada de uma maneira bastante restrita, baseada na rotatividade do plantonista e sem o envolvimento da equipe permanente dos SUDS regionais. Em segundo, não existiu uma articulação real entre a rede básica, como porta de entrada, e os serviços médicos hospitalares, o que se agravou quando da crise dos hospitais, no final da década de 80. Em terceiro, o sistema de gerenciamento e a coordenação do trabalho multiprofissional foram ineficientes, em razão da carência de recursos humanos adequados para essas atividades.

Em suma, a expansão das atividades e das ações dos centros de saúde, embora tenha sido proposta desde os anos 70, só se acelerou a partir da implantação, na década seguinte, do PMS, das AIS e do SUDS. O PMS formulou novos parâmetros para o modelo de assistência, ao indicar a necessidade de integrar ações ambulatoriais e de internação, fazendo do centro de saúde a porta de entrada do sistema, além de instituir intenso programa de construções, reforma e reequipamento de centros de saúde e hospitais. As AIS deram prioridade às ações de assistência, transferindo recursos sob o critério de pagamento por produção de consulta e custeando investimentos em instalações físicas e contratação de recursos humanos. O SUDS, finalmente, impôs a adoção, pela SES, de novas práticas como as que o NAI desenvolveu, definindo ser a atividade primordial do centro de saúde a de oferecer pronto-atendimento e consultas nas cinco clínicas básicas.

Segundo Neves (1990), o atendimento médico já estava definido como a atividade dominante no modelo de programação. Tal propósito, porém, só pôde se realizar com o PMS, as AIS e o SUDS, que, ao canalizarem recursos para a Secretaria de Estado da Saúde, contribuíram para a criação de três importantes instrumentos: melhor remuneração dos médicos em relação a outros profissionais; incentivo ao aumento de produtividade na rede pública; e reequipamento dos centros de saúde de modo a possibilitar que desenvolvam atividades de assistência médica.

Programas e iniciativas antecipadores da reforma

No decorrer da década de 70 e até o início dos anos 80, a política estadual de saúde caracterizou-se por reproduzir o modelo de saúde vigente na órbita federal: a alta centralização das atividades e dos recursos no governo federal não propiciou muito espaço para ações mais autônomas dos Estados e dos municípios. De fato, em São Paulo, as iniciativas da Secretaria de Estado da Saúde, até o início da década de 80, foram meros desdobramentos da política fe-

deral. Como exemplo desse atrelamento, pode-se citar a criação do Centro de Integração de Atividades Médicas (CIAM)¹⁶ e dos Projetos de Integração em São Paulo (extensão do PIASS)¹⁷.

É certo, entretanto, que mesmo durante o período de atrelamento da política estadual à esfera federal, ocorreram iniciativas que distinguem a atuação da Secretaria de Estado da Saúde, destacando-se, como vimos, a reforma de 1967 e as decisões tomadas na segunda gestão de Walter Leser, em 1975, para consolidar a estrutura de departamento e incorporar novos tipos de atendimento pela rede básica. As iniciativas mais autônomas, no entanto, ou ficaram bastante restritas ou não passaram da fase de formulação, como foi o caso da implantação de um Sistema Estadual de Saúde, como veremos a seguir.

A proposta de Sistema Estadual de Saúde (1978)

A proposta de criação de um Sistema Estadual de Saúde, em 1978, não ultrapassou o plano do discurso, provavelmente porque buscava metas e objetivos de difícil concretização. Por exemplo, previa-se que a SES coordenasse todo o sistema de saúde do Estado, atribuindo papéis definidos aos municípios e ao próprio INAMPS; determinava a criação de um Fundo Estadual de Saúde que administrasse todas as fontes de financiamento em saúde; e, finalmente, indicava-se que a SES tivesse maior autonomia para poder gerir recursos. Tais propósitos e objetivos, entretanto, não contavam com nenhum respaldo, pois a política federal, no período, caminhava em outro sentido. As mudanças propostas só iriam se concretizar na década seguinte, quando se reuniram condições mais propícias ao seu estabelecimento.

Na origem da proposta de Sistema Estadual de Saúde encontra-se uma solicitação do Ministério da Saúde à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pedindo comentários e su-

16. O CIAM foi criado pelo decreto nº 52.790, na gestão de Getúlio Lima Júnior, no governo de Laudo Natel (1970-1974), mas só foi implementado na gestão de Walter Leser, no governo de Paulo Egídio Martins (1975-1978). Seu objetivo maior era promover a integração dos serviços médicos e assistenciais, por meio da administração e da operação de convênio firmado entre o Ministério do Trabalho e da Previdência Social, Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, visando a utilização dos centros de saúde e dos recursos humanos e materiais da SES para o atendimento da população sem discriminação da clientela, nos períodos da manhã e da tarde.

Apesar desses objetivos, o CIAM não representou um avanço em direção à integração dos serviços de saúde e das instituições que atuam no setor, constituindo-se tão-somente em instrumento para cobrir despesas decorrentes da contratação de pessoal médico e para-médico e de outros gastos realizados em função do convênio.

17. Os Projetos de Integração foram um desdobramento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e fizeram parte de um conjunto de medidas e ações que visavam melhorar o atendimento de populações de áreas específicas, mediante convênios que se estabeleciam com diferentes instituições. Pode-se citar, como exemplo, o Projeto Vale da Ribeira (DEVALE), que foi desenvolvido com recursos de convênio firmado com o Ministério da Saúde, com o objetivo de expandir os serviços básicos de saúde e saneamento na área rural do Vale da Ribeira. Para isso, previa-se o emprego de agentes de saúde da própria comunidade, treinados e supervisionados por profissionais do Estado em atuação conjunta com o Ministério da Saúde, INAMPS e a Secretaria de Estado da Saúde. Com esse projeto buscou-se implantar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Vale do Ribeira, abrangendo 16 municípios de população predominantemente rural, com uma das menores rendas do Estado e altos índices de mortalidade infantil.

gestões sobre a Lei do Sistema Nacional de Saúde. Formou-se, então, um Grupo de Trabalho, constituído por membros do Conselho Estadual de Saúde¹⁸, da SES, da Secretaria de Higiene da Prefeitura Municipal de São Paulo e do INAMPS. O relatório assim produzido teve como referência o documento da VI Conferência Nacional de Saúde (1977) e propôs a vinculação do INAMPS ao Ministério da Saúde, argumentando que as atividades de assistência médica da Previdência Social encontravam-se corporificadas em um único organismo, distinto das demais atividades previdenciárias. O relatório chamou atenção, também, para a questão dos recursos humanos, sobretudo no que se refere à seleção, admissão e remuneração do pessoal que trabalha na área de saúde, e considerou ser impossível a implantação do Sistema Nacional de Saúde enquanto não forem utilizados recursos de mais de uma fonte para remuneração dos servidores.

Em relação à reestruturação da política estadual de saúde, o Grupo de Trabalho constatou que não havia no Estado um comando único de saúde, apesar de existirem instrumentos legais e mecanismos de atuação que possibilitassem a implantação de programações integradas de saúde¹⁹. A partir disso, propôs-se a criação de um Conselho Superior de Saúde, presidido pelo Governador do Estado, tendo como membros o Secretário de Estado da Saúde, outros secretários de áreas relacionadas à saúde, representantes de órgãos federais (INAMPS) e o Coordenador de Saúde do Sudeste do Ministério da Saúde. Sua função seria a de aprovar o projeto de uma política estadual de saúde, proposta pelo Secretário de Estado da Saúde, contendo as diretrizes básicas para atuação nas áreas de assistência médico-sanitária e hospitalar, saneamento e formação de recursos humanos. Tais diretrizes gerais orientariam os planos, programas e projetos das várias secretarias que se relacionam com a área da saúde²⁰. Como condição para a efetividade de uma política estadual de saúde e com objetivo de traduzir as aspirações da co-

18. O Conselho Estadual de Saúde foi criado em 1969, com a reforma da SES. É composto pelo Secretário da Saúde (presidente) e membros indicados pelas seguintes entidades: Associação Paulista de Medicina, Associação Paulista de Hospitais, Instituto de Engenharia, Universidade de São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública (USP), Universidade Estadual de Campinas, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Paulista de Técnicos de Administração e Instituto Nacional de Previdência Social.

19. O Grupo procurou identificar os instrumentos legais, existentes no Estado de São Paulo, que pudessem permitir a integração ou a coordenação das diversas instituições que operavam os serviços de saúde, assim como os mecanismos de atuação, também existentes, que possibilitassem implantar as programações integradas de saúde. Os instrumentos são os seguintes: lei federal nº 6.259, de 30/10/1975; decreto federal nº 78.231, de 12/8/1976; portarias ministeriais que dispõem sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e Programa Nacional de Imunizações; resolução SS nº 42, de 12/10/1977, que regulamenta o credenciamento de Postos de Vacinação no Estado de São Paulo; decreto estadual nº 9.294, de 17/12/1976, que estabelece facilidades para o entrosamento entre a Secretaria da Saúde e as prefeituras municipais (fornecimento de medicamentos, vacinas e suplementação alimentar); portarias do Ministério da Previdência e Assistência Social, que estabelecem normas de convênios a serem celebrados entre as instituições de previdência social e os governos estaduais e municipais e outros órgãos públicos; resolução da Secretaria do Planejamento, criando Fundos Especiais de Despesa nos hospitais da Secretaria de Saúde, permitindo convênios com INAMPS, IAMSPE e prefeituras municipais; e normas do Conselho Estadual de Auxílios e subvenções, para concessão de auxílios e subvenções aos hospitais.

Foram definidos como mecanismos de atuação: convênio entre Ministério da Previdência e Assistência Social e SES, criando o Centro de Integração de Atividades Médicas (CIAM); convênio entre SES e prefeituras, nos moldes do convênio realizado com a Prefeitura de São Paulo; convênios entre SES e prefeituras, para a criação dos Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAMS); convênio entre a SES e escolas de auxiliares de enfermagem; convênio entre INAMPS e hospital escola; convênio entre SES, faculdades de Medicina e Faculdade de Saúde Pública, para operação de centros de saúde—escola e hospitais de ensino; convênios entre SES, hospitais psiquiátricos e hospitais gerais filantrópicos e lucrativos; convênio entre Centro de Controle de Zoonoses da Prefeitura de São Paulo, Ministério da Saúde, OPS e SES; convênios entre Superintendência

munidade, o Grupo de Trabalho também propôs a participação, na gestão da política, das instituições produtoras dos serviços de saúde, associações profissionais e órgãos regionais e locais.

Segundo o relatório do Grupo de Trabalho, a constituição do sistema estadual deveria se efetivar a partir de objetivos de curto prazo e de médio prazo. O de curto prazo envolveria a dinamização do Centro de Integração de Assistência Médica (CIAM), a fim de implantar, em toda a rede de centros de saúde, ambulatórios de saúde mental e laboratórios de saúde pública, as atividades previstas no convênio. Era preciso também fazer adotar novas práticas, que consistem em: atendimento indiscriminado a previdenciários e não-previdenciários; comando único e programações comuns; custeio subsidiado pelo INAMPS, na medida em que praticamente toda a população tem cobertura previdenciária; regionalização do CIAM, a fim de desenvolver, em cada Divisão Regional de Saúde, atividades de coordenação entre INAMPS e SES; dinamização dos Fundos Especiais de Despesa, criados nos hospitais estaduais, com a realização de convênios com o INAMPS, IAMSPE (Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual) e prefeituras municipais; e apoio financeiro do INAMPS à SES, aplicado prioritariamente na contratação e treinamento de recursos humanos e melhoria dos níveis salariais.

Os objetivos de curto prazo em relação à rede básica de assistência, incluíam, prioritariamente, a discussão da área de “prestação de serviços a pessoas” (prevista no artigo 2º da Lei do Sistema Nacional de Saúde), enfatizando a importância da integração programática com amplo entrosamento entre as redes de assistência médico-sanitária e médico-hospitalar. O Grupo de Trabalho também ressaltou a importância de um fluxo de documentação médica entre os vários níveis de atendimento, para dar continuidade à assistência em saúde, e definiu os objetivos da rede básica de assistência médico-sanitária como execução de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de nível mais simples, dirigidas às pessoas, ao meio e ao apoio (informação, coleta de material para exames). Sua operacionalidade, segundo o Grupo, deveria compreender dois níveis. O mais simples seria constituído por postos operados por auxiliares, podendo receber periodicamente um médico-geral para dar consultas previamente agendadas. O segundo nível seria constituído por centros de saúde, executando todas as funções do posto, acrescidas de assistência médica permanente, coleta de material para exames e ações de vigilância epidemiológica. Os centros deveriam atender pacientes encaminhados pelos postos; estes não existiriam isoladamente, pois seriam extensões de centros de saúde.

O objetivo de médio prazo consistia basicamente na criação de um Fundo Estadual de Saúde e de uma Fundação Estadual de Saúde.

O único resultado prático gerado pelas discussões em torno da constituição do Sistema Estadual de Saúde foi a criação, em 1978, do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES)²¹, que deveria operacionalizar o Sistema Nacional de Saúde no Estado de São Paulo, dando suporte financeiro às ações nas áreas médica, sanitária, hospitalar e de apoio, executadas ou coordenadas pela Secretaria, e orientando as ações do setor. O FUNDES visava também dar autonomia à SES em relação à captação de recursos e assegurar financeiramente as ações tidas como prioritárias. Mas, apesar desse objetivo de criar as condições para a real efetividade da implementação de ações de saúde, o FUNDES não logrou resultados efetivos, pois não obteve recursos necessários à sua operacionalização — o que só iria acontecer a partir de 1984, com o empréstimo do BIRD ao Programa Metropolitano de Saúde e a transferência dos recursos AIS.

21. O FUNDES foi criado pela lei complementar nº 204, de 20/12/1978, e regulamentado pelo decreto nº 14.533, de 26/12/79.

Políticas específicas para Área Metropolitana

As precárias condições de saúde da população da Região Metropolitana de São Paulo²² vieram a público em 1975, quando os índices de mortalidade infantil nessa área atingiram o índice de 88,2 por mil nascidos vivos. Os primeiros diagnósticos foram elaborados por Walter Leser e Lima Gonçalves²³, que, ressaltando o agravamento das condições de saúde da população, em particular das áreas periféricas da Região Metropolitana de São Paulo, propunham dotar a Secretaria de estrutura adequada para responder a tais dificuldades. Outro diagnóstico, elaborado por técnicos da SES, concluiu que a área mais carente do Estado era a região da grande São Paulo, apresentando menor proporção de leitos por habitantes; menor proporção de centros de saúde por habitantes etc. A partir desse quadro definiu-se que a Região Metropolitana necessitaria de cerca de 492 novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e de cerca de 6.000 novos leitos hospitalares, distribuídos em 40 hospitais com aproximadamente 150 leitos cada.

Esses diagnósticos — e as experiências realizadas em São Matheus — serviram de base para o *Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo*²⁴, que, por sua vez, subsidiaria a formação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS). O *Projeto de Expansão* diagnosticou os principais problemas existentes no atendimento médico-sanitário à população da Região Metropolitana de São Paulo e definiu as linhas da expansão da rede, prevendo a construção de novas unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas prioritárias. Propunha, assim, a modificação da forma de atuação das unidades existentes por meio da regionalização e integração dos serviços de saúde²⁵. O projeto também definiu uma série de estratégias para seu desenvolvimento:

- estabelecimento de uma política estadual de saúde;
- reorganização do sistema de saúde da Região Metropolitana de São Paulo segundo os princípios de regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços, considerando a área de influência de cada um deles e sua vinculação a uma determinada população;
- constituição de sistemas de referência e contra-referência de pacientes com definição da portas de entrada do sistema;
- estabelecimento de um sistema integrado de planejamento intra e interinstitucional, elaborado a partir do nível local;
- implementação de mecanismos financeiros, como o Fundo Estadual de Saúde;
- aumento da capacidade resolutiva dos diferentes níveis do sistema ambulatorial e hospitalar;
- extensão da cobertura para toda a população da Região Metropolitana de São Paulo;

22. A Região Metropolitana de São Paulo abrange uma área de 8.053 km² e é formada pelo município de São Paulo e 37 outros municípios. Segundo o censo de 1991, residem na área metropolitana 15,2 milhões de habitantes, ou seja, quase 50% da população do Estado e quase 10% da população brasileira.

23. SES. Relatório da área de saúde. Região Metropolitana de São Paulo: diagnóstico 1975. São Paulo, 1975 (mimeo.). O documento tem como autores, entre outros, Walter Leser e Ernesto Lima Gonçalves.

24. SES. Projeto de expansão da rede de serviços básicos de saúde para a Região Metropolitana de São Paulo, jan. 1981.

25. Segundo o projeto, os pontos de estrangulamento na organização dos serviços de saúde da área metropolitana eram: atendimento primário de saúde deficiente; rede hospitalar concentrada e insuficiente; multiplicidade de instituições atuantes no setor; precariedade das instalações, número insuficiente e distribuição inadequada das unidades sanitárias existentes; inexistência de vinculação da clientela às unidades de saúde; ações limitadas sobre o meio ambiente; carência de uma adequada política de recursos humanos; inexistência de mecanismos de coordenação, planejamento integrado, regionalizado e hierarquizado da rede de serviços e de fundos para o seu custeio.

- política de recursos humanos que possa assegurar uma efetiva fixação dos profissionais de saúde e suas unidades de trabalho, com garantia de realização profissional e adequada remuneração.

O que se propõe é, portanto, mudanças bastante radicais no modelo de prestação de serviços na área de saúde. Tais propostas e os diagnósticos que as fundamentam traduziam, de certo modo, as políticas específicas em curso na Região Metropolitana de São Paulo, das quais merecem destaque as experiências de ações mais autônomas, contando com intensa participação da comunidade: os projetos de São Matheus e de Cotia. Ambos são pioneiros na proposição e até mesmo na implementação de mudanças radicais no modelo privatista e hospitalocêntrico da década de 70.

Participação da comunidade: Projeto São Matheus

Um marco nas políticas de saúde implementadas no Estado de São Paulo foi o Projeto de Assistência Médico-Sanitária Integral para o Conglomerado de São Matheus. O projeto, além de apresentar princípios inovadores, constituiu-se de forma inusual, pois nasceu de uma Assembléia Pública, realizada em 1979, da qual participaram várias autoridades do governo ligadas ao setor saúde, inclusive o então secretário Adib Jatene (1979-1982) e sua equipe. A Assembléia Pública de São Matheus originou-se do movimento local por melhores condições de saúde, organizado pelos moradores da Zona Leste. Nesse movimento teve papel relevante a participação dos sanitaristas da própria SES, que dirigiam as unidades de saúde da região, contribuindo para que as discussões e as próprias propostas esboçadas estivessem alinhadas com a linguagem e os desejos de mudança dos sanitaristas.

A Assembléia fixou o Conglomerado de São Matheus²⁶ como a primeira área de intervenção do Estado, visando a ampliação da rede básica de saúde, apoiada em um projeto piloto que serviria também de modelo para toda a área metropolitana de São Paulo. Os objetivos do projeto definiram-se da seguinte forma: proporcionar assistência médico-sanitária integral à população da área por meio de uma rede básica de serviços de saúde, hierarquizada, regionalizada e integrada com níveis mais complexos de assistência à saúde; e possibilitar à Secretaria de Saúde e demais instituições do setor, em uma área piloto, desenvolver mecanismos técnico-administrativos necessários à implantação do Sistema Estadual de Saúde.

Para a viabilização desse projeto foi proposto o planejamento conjunto e a integração das ações das três instituições oficiais: INAMPS, SES e Secretaria de Higiene do Município de São Paulo. Pretendia-se assim operacionalizar, em uma área da grande São Paulo, o Sistema Nacional de Saúde, aprovado em 1975, bem como oferecer a atenção primária de saúde na rede básica, com atendimento médico-odontológico ambulatorial geral; a atenção secundária em dois hospitais gerais, localizados na própria área; e a atenção terciária ou especializada em hospitais de retaguarda da SES, ambulatórios especializados do INAMPS e hospitais escola de São Paulo. O projeto propunha também a instalação, na área, de 15 centros de saúde mediante a integração de quatro postos de saúde municipais, já existentes, além da construção de dois hospitais gerais de 150 leitos e a retaguarda laboratorial do Instituto Adolfo Lutz.

26. O Conglomerado de São Matheus recebeu esse nome porque envolvia várias administrações regionais, abrangendo uma parte da Região Leste (Distritos Sanitários da Penha e da Vila Prudente) e da Região Sudoeste (Distrito Sanitário de São Miguel Paulista), compreendendo uma área de aproximadamente 50 km² e representando 3,5% da área do município de São Paulo.

Projeto Cotia

O Projeto Cotia foi idealizado em 1968 pelo professor Odair Pedroso, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com o objetivo de realizar a medicina de forma integrada e regionalizada, segundo um sistema hierarquizado de assistência médico-hospitalar. Visava também eliminar a distância entre o hospital e o centro de saúde, mediante a criação de uma unidade para o desenvolvimento de atividades de caráter curativo e preventivo, em nível de assistência primária de saúde. Um grupo de moradores de Cotia fundou, então a Associação Hospital de Cotia (AHC), de caráter filantrópico, para prestar assistência às populações dos municípios de Cotia e Vargem Grande Paulista. Segundo seus estatutos, os objetivos da AHC são: prestar assistência médico-hospitalar à população urbana e rural; desenvolver atividades de assistência social, ações de saúde pública e educação para a saúde; e oferecer um campo de ensino aos diferentes profissionais da área de saúde.

A AHC dedicou-se, primeiro, à construção de uma Unidade Integrada, constituída de hospital local e centro de saúde, incorporando, mediante convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, os dois centros de saúde existentes no município. Com a Faculdade de Saúde Pública da USP estabeleceu-se convênio para que a parte ambulatorial da Unidade Integrada se tornasse Centro de Saúde-Escola (CSE). O projeto pressupunha a subordinação da Unidade Integrada, técnica e administrativamente, ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, à qual caberia realizar um levantamento sócio-econômico, cultural, epidemiológico e sanitário do município, além do planejamento de programas segundo as prioridades estabelecidas, do desenvolvimento de pesquisas aplicadas à saúde pública e da avaliação periódica das programações executadas.

Em 1976, a AHC iniciou a prestação de assistência hospitalar (54 leitos) e de serviço de pronto-atendimento. Um convênio com o INAMPS assegurou que este reembolsaria as despesas de assistência a seus assegurados. Garantiu-se, também, mediante convênio, que a Coordenação de Assistência Hospitalar (CAH) da SES, além de prestar assessoria técnica, consignaria em seu orçamento anual os recursos necessários para o custeio da Unidade Integrada. A partir de então, uma série de convênios foram sendo firmados, possibilitando a integração do projeto em unidades periféricas: o Centro de Saúde de Caucaia do Alto, da SES (em 1976); o Posto de Atendimento de Saúde (PAS) da Assistência Social Santo Antônio (1977); o Posto de Atendimento de Saúde (PAS) da prefeitura de Vargem Grande Paulista (1979); o Posto de Vacinação de Tijuco Preto da Sociedade Amigos de Bairro (1981); e o Posto de Vacinação de Capelinha (1984). Também participam de convênios com a AHC o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, o Hospital Universitário da USP e o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas da USP.

O projeto contou, também, com a participação financeira da comunidade de Cotia, do governo do Estado de São Paulo e da Fundação W.K. Kellog. O convênio com a Fundação Kellog, em 1979, foi a primeira experiência que desenvolveu, no país, mecanismos de coordenação multi-institucional, regionalizado e hierarquizado, com a participação do governo do Estado, representado pela SES, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Previdência Social. O modelo de saúde implantado em Cotia possibilitou a assistência à saúde de nível primário a toda a população do município, tendo como retaguarda o hospital de nível secundário — o que propiciaria um aumento considerável das consultas entre 1976 a 1986²⁷.

27. Segundo Rodrigues (1986), em 1976 foram realizadas 10 mil consultas e, em 1986, 140 mil.

O Projeto de Cotia constituiu, portanto, um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado em nível municipal, visando a extensão da cobertura à população de Cotia e Vargem Grande Paulista, com ênfase nos cuidados primários. Para isso, contou com uma rede ambulatorial incorporada a um hospital local, o que permitiu a integração das ações preventivas e curativas de saúde, a coordenação dos recursos multi-institucionais para execução dos programas e a participação da comunidade.

AIS em São Paulo

Por último, é importante destacar a repercussão, em São Paulo, da política federal que antecipou os princípios do SUDS/SUS e que teve grande impacto na "reviravolta", na segunda metade da década de 80, da política estadual de saúde: as Ações Integradas de Saúde (AIS). Sua importância não se limita ao montante dos recursos transferidos, propiciando contratação de novos servidores, reformas e construções de equipamentos. Mais do que isso, as AIS foram fundamentais como auxílio à integração interinstitucional, propondo novas formas de gestão. Além disso, efetuando pagamento pelo número de consultas realizadas, incentivaram a incorporação da assistência médica individual pelos ambulatórios públicos.

Para se ter idéia do grau de extensão que as AIS atingiram no Estado de São Paulo, basta acompanhar o número de convênios assinados entre agosto de 1983 e maio de 1986: Termos Aditivos com o Estado de São Paulo (envolvendo os serviços de saúde da SES, na Região Metropolitana); Termo de Adesão com a prefeitura de São Paulo (envolvendo os serviços municipais de saúde da capital); três Termos Aditivos com o governo do Estado (envolvendo as regiões de Campinas, Sorocaba e Ribeirão Preto), juntamente com os Termos de Adesão com as prefeituras de Campinas, Ribeirão Preto, Botucatu, Itu e São Roque; e Termos Aditivos com nove outras regiões do Estado e de Adesão com 212 prefeituras. De fato, entre 1983 e 1986, os recursos das AIS para a SES e os municípios do Estado de São Paulo passaram de menos de 1% a quase 12% do orçamento da Superintendência Regional do INAMPS, como mostra a Tabela 2.1.

Apesar desse desempenho, a implantação das AIS em São Paulo foi objeto de muitas críticas, na medida em que a elevada centralização das decisões criava obstáculos para as Co-

Tabela 2.1
PARTICIPAÇÃO DOS RECURSOS AIS PARA SES E MUNICÍPIOS
NO ORÇAMENTO DA SUPERINTENDÊNCIA
REGIONAL DO INAMPS

Anos	Convênio AIS (SES)/Orçam. Super. Reg. INAMPS-SP*	Convênio AIS (municípios)/Orçam. Super. Reg. INAMPS-SP*
1983	0,40	0,41
1984	1,51	2,11
1985	3,77	3,23
1986	6,17	5,29

FONTE: Almeida, Eurival da S. As AIS em São Paulo, Seminário de avaliação sobre atendimento ambulatorial e hospitalar integrado, MPAS/INAMPS-SP, 1986.

* Os convênios viabilizaram-se para os hospitais mediante o pagamento de 50% das consultas e, para os ambulatórios, pelo repasse de recursos segundo produção.

missões Interinstitucionais assumirem-se como verdadeiros canais de decisão, técnica e política, para gerenciar modelos municipalizados, integrados, hierarquizados e regionalizados. Também se questionou o pagamento por produção de consultas, pois isso podia privilegiar as ações médicas, sem favorecer a integração das ações preventivas e curativas.

Apesar dessas considerações, reafirmo que as AIS foram importantes não apenas por proporcionarem maior volume de recursos para as ações públicas de saúde, mas por criarem novas formas de gestão — como as Comissões Interinstitucionais —, sem as quais dificilmente ocorreria integração interinstitucional e se construiria o sistema estadual. De certa forma, com as AIS, foi dado novo passo para integração e descentralização, o que vai facilitar, em etapa posterior, a implementação dos ERSAs e a própria implantação do SUDS/SUS no Estado.

É preciso, no entanto, convir que a política estadual, no período, apoiou-se demasiadamente nas AIS: o próprio Programa Metropolitano de Saúde só se efetivou a partir da assinatura dos convênios AIS, não somente com o Estado de São Paulo, mas com todos os municípios da área do programa. Por sinal, esse convênio seria considerado como pré-requisito para a concretização do empréstimo do Banco Mundial ao Estado de São Paulo.

Quero, no entanto, destacar que o movimento da construção, em São Paulo, de um sistema de saúde e a incorporação de novas práticas e formas de organização dos serviços constituíram um longo processo, que se iniciou com as propostas e projetos isolados da década de 70. Os antecedentes dos ERSAs estão no Programa Metropolitano de Saúde, que, por sua vez, tem como antecedentes as experiências de Cotia e de São Matheus.

Esse movimento, porém, só toma fôlego e se acelera quando se implantam políticas federais baseadas em um novo modelo, que se justapõem à política estadual. Esse foi o caso da combinação entre as AIS e o Programa Metropolitano de Saúde, o que preparou, como vimos, o terreno para a concretização mais imediata, do modelo proposto pelo SUDS/SUS.

A seguir, estudaremos em maior detalhe as fases de formulação e implementação do Programa Metropolitano de Saúde e sua influência nos rumos tomados pela política de saúde no Estado de São Paulo, na segunda metade da década de 80.

Capítulo 3

Programa Metropolitano de Saúde

O Programa Metropolitano de Saúde (PMS) tem sua origem no *Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo*, formulado pela Secretaria Estadual de Saúde, em resposta à Assembléia de São Matheus. Foi por meio desse documento que se realizaram as negociações com o Banco Mundial para o financiamento do programa. O contrato desse financiamento foi assinado em julho de 1984, após o que se iniciaria a implementação do PMS.

Novo tipo de intervenção na área de saúde

A proposta do programa consistia na universalização do atendimento em saúde, mediante a descentralização e a hierarquização da rede de serviços. Para isso, previa a criação de módulos de saúde para populações de 200 mil habitantes. Cada módulo, composto por um hospital geral e 20 unidades básicas de saúde (UBS), contaria com uma gerência unificada, eliminando os entraves ao trânsito da clientela e prevendo o atendimento hierarquizado e integral da demanda. Para a Região Metropolitana de São Paulo, foram projetados 12 módulos: as áreas de Mauá, Caieras e Cotia receberiam um módulo cada; e, no município de São Paulo, seriam implantados quatro na área de Itaquera/Guaianazes e cinco na de Freguesia do Ó. O programa também tinha como metas construir ou reformar cinco hospitais gerais e 99 unidades básicas de saúde e contratar e promover a reciclagem de 15 mil funcionários. Além disso, previa-se a realização de um amplo leque de atividades de desenvolvimento institucional para implantar um novo modelo de assistência, nessas áreas, que contemplasse o pronto-atendimento e a incorporação da assistência médica pela rede de centros de saúde. Esta, por sua vez, deveria ser interligada com o nível secundário (assistência hospitalar) por um sistema de referência e contra-referência.

O programa significou a oficialização, pela Secretaria Estadual da Saúde, da proposta de incorporação da assistência médica pelo setor público e de descentralização dos serviços. Assim, antes mesmo da criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs) e da emergência do SUDS/SUS, a Secretaria buscava constituir em uma área específica a idéia de sistema de saúde, com integração multi-institucional. Pela primeira vez surgia a oportunidade de implantar um novo tipo de intervenção da esfera pública estadual, na área de saúde, em uma vasta região da área metropolitana. Daí a importância do PMS, que representou um avanço em relação à proposta anterior, não concretizada, de um sistema estadual de saúde, e aos projetos isolados de São Matheus e Cotia.

Assinale-se que os princípios esboçados pelo PMS — atendimento universal; integralidade das ações de saúde; estrutura hierarquizada, regionalizada e descentralizada para a organização dos serviços de saúde — são coincidentes com os das Ações Integradas de Saúde (AIS). Há, assim, nesse momento, justaposição de propósitos entre os níveis federal e estadual. Por sinal, a exigência do Banco Mundial para financiar o programa e garantir o custeio das ações de saúde foi a assinatura dos convênios AIS, não apenas pelo Estado de São Paulo, mas por todos os municípios da área do PMS.

Esse empréstimo externo justificava-se pela pouca disponibilidade de recursos para investimento em saúde, devido à pouca participação da Secretaria de Saúde no orçamento total do Estado. Além disso, eram reduzidas as perspectivas de mudança desse quadro, pois a crise econômica do início dos anos 80 comprometia seriamente as finanças do Estado. Nesse quadro, o empréstimo serviu até mesmo como estímulo à participação do tesouro estadual, pois uma de suas exigências era a co-participação financeira do Estado.

Como veremos adiante, o auxílio do Banco Mundial foi também importante e decisivo para a formulação do próprio programa, na medida em que ainda estavam pouco claros o desenho e os caminhos de uma política de saúde alternativa ao modelo vigente no Estado.

De fato, a formulação de uma nova lógica para a prestação de serviços de saúde foi sendo realizada passo a passo, no diálogo com o Banco. Essa comunicação também possibilitou a própria integração entre a nova formulação da política estadual e a política federal então adotada (as AIS). Esse fato evidenciava o grau de dificuldades inerentes a uma proposta que buscava a constituição de sistemas nacional e estadual de saúde, com descentralização das ações e redução do espaço do setor privado, num momento de alta centralização de recursos no nível federal, de hegemonia do modelo privatista, de baixa participação dos níveis estaduais na oferta de serviços curativos e de relativa ausência de integração entre as instâncias de governo na operacionalização da política de saúde.

O momento, contudo, era propício para o processo de mudanças. Em 1982, as eleições para os governos estaduais estavam de volta e, com isso, houve ampliação dos espaços públicos. Muitos dos próprios governadores, que retornavam à arena política como atores importantes no cenário nacional, haviam esboçado em suas campanhas eleitorais os princípios da descentralização, até mesmo como forma de questionar a atuação pública característica do período autoritário.

Particularmente em São Paulo, a eleição de Franco Montoro, propondo uma nova agenda de atuação para o setor público e impulsionando a renovação dos quadros dirigentes da Secretaria de Saúde, iria se somar à política de descentralização do nível federal e aos auxílios financeiros e institucionais do Banco Mundial, reforçando um novo tipo de atuação do setor público. O resultado foi um rápido processo de mudança na política de saúde em São Paulo a partir de 1983, desembocando na reforma administrativa da Secretaria e a criação dos ERSAs, em 1986.

Três passos para PMS

O diálogo entre a Secretaria do Estado de Saúde (SES) e o Banco Mundial, como foi visto, iniciou-se a partir do documento *Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo*. Durante as negociações, mais dois documentos foram produzidos: a *Versão Sintética*, de 1983, e o *Documento Técnico 01/84*, de 1984.

Os três documentos apresentam princípios idênticos — universalidade, integralidade e descentralização —, diferenciando-se apenas pelo grau de detalhamento, seja na descrição do sistema estadual de saúde proposto, seja na definição de serviços, além das diferenças resultantes dos comentários e das sugestões formulados pelo Banco Mundial. O último, o *Documento Técnico 01/84*, é o texto oficial do programa e apresenta o desenho final do novo sistema de saúde.

O projeto original

O *Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo*, submetido ao Banco Mundial em abril de 1981, partiu de um amplo diagnóstico, realizado pela SES, das condições sócio-econômicas e de saúde da população da Região Metropolitana de São Paulo¹. Revelou-se, então, a precariedade das condições de vida da população dessa região, que se traduzia em péssimas condições de saúde, insuficiência de habitação e saneamento básico e grande concentração demográfica (com a maior taxa de crescimento populacional do Estado, na década de 70). Os serviços de saúde mostraram-se ineficientes, atuando de forma isolada, com baixo grau de coordenação. Além disso, as (poucas) unidades sanitárias concentravam-se nas áreas mais centrais e não nas zonas periféricas, onde as condições de saúde são mais graves. Eliminar esses pontos de estrangulamento foi, portanto, o objetivo primordial do documento².

Para isso, o *Projeto de Expansão* concebeu uma nova estrutura para os serviços de saúde, de acordo com os seguintes princípios: direito de todo indivíduo à saúde e à assistência médico-odontológica integral; vinculação de cada unidade de saúde a uma determinada população específica; garantia de facilidade de acesso aos serviços; participação comunitária nas ações de saúde; estrutura regionalizada, hierarquizada e integrada para os diferentes serviços

1. O *Projeto de Expansão* apoiou-se nos seguintes diagnósticos, que o acompanham como anexos:

- Documento Oficial do Prev-Saúde;
- Perfil da Administração Pública Paulista;
- Alguns Aspectos Demográficos da Região Grande São Paulo;
- Habitação e Saneamento: alguns aspectos;
- Indicadores de Saúde na Grande São Paulo;
- Movimentos Populares Frente a Problemas de Saúde;
- Macro-localização das Unidades Sanitárias;
- Boletim de Produção de Serviços;
- Plantas dos Projetos das Unidades Sanitárias.

2. Os pontos de estrangulamento identificados foram: atendimento primário deficiente; rede hospitalar concentrada e insuficiente; multiplicidade de instituições; número insuficiente de unidades sanitárias, muitas das quais em situação precária; distribuição inadequada das unidades sanitárias; desvinculação da clientela aos serviços; desorganização dos recursos humanos; e inexistência de uma política de saúde que determine mecanismos de coordenação e planejamento integrado.

das diferentes instituições; e planejamento integrado interinstitucional, desenvolvido a partir do nível local. Segundo o documento, os objetivos eram:

- a. estabelecer um Sistema Estadual de Saúde envolvendo a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde;
- b. estender a cobertura das unidades básicas de saúde e de leitos hospitalares a toda a população da região, mediante a ampliação da rede física, visando, em primeiro lugar, eliminar as deficiências qualitativas e quantitativas da rede de serviços de saúde;
- c. implantar uma Política Estadual de Saúde, que pudesse assumir a coordenação para construção ou melhoria de unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas carentes, mudança na forma de sua atuação e adoção de uma política de recursos humanos adequada aos objetivos propostos.

Os serviços básicos de saúde seriam constituídos pela rede de unidades sanitárias municipais e estaduais, distribuídas geograficamente segundo acessibilidade da população e integrada por unidades de dois tipos — para 10 mil e para 20 mil habitantes —, de forma a garantir a continuidade do atendimento aos indivíduos e às famílias de sua área de influência. Os serviços oferecidos nessas unidades seriam: assistência médico-odontológica; atendimento de enfermagem, pré e pós-consulta; vacinação; suplementação alimentar; visita domiciliar; aplicação de tratamentos; trabalhos de grupo; aplicação de provas e testes; saneamento alimentar segundo os programas de assistência à criança, à gestante e ao adulto e o de saneamento dos alimentos; subprogramas de saúde mental, de controle de tuberculose e de hanseníase.

O *Projeto de Expansão* também dava ênfase ao sistema de referência e contra-referência das unidades ambulatoriais para o atendimento especializado e à rede de hospitais gerais, de forma a resolver os problemas dos pacientes encaminhados pela rede de serviços básicos. A rede de laboratórios de saúde pública seria operada pelo Instituto Adolfo Lutz.

Em princípio, a proposta de ampliação da rede de serviços básicos de saúde deveria abranger toda a Região Metropolitana de São Paulo e, posteriormente, todo o Estado. A prioridade, porém, acabou recaindo sobre os distritos sanitários da Grande São Paulo que necessitassem de ampliação da rede de serviços, a fim de atender as áreas mais carentes. Assim, na cidade de São Paulo, a delimitação da área do projeto excluiu a zona central e os subdistritos de Pinheiros, Vila Madalena e Jardim América. Também se excluíram os municípios de Diadema, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano. O projeto abrangeria, portanto, 16 distritos sanitários, compreendendo aproximadamente 9,1 milhões de habitantes, representando cerca de 73% da população da Região Metropolitana e 90% de sua área³.

3. Para o atendimento global de toda a região metropolitana de São Paulo, foi estimada a necessidade de 801 unidades sanitárias. Desse total, 591 unidades estariam localizadas na área do projeto e 210 nas demais áreas. Das unidades planejadas para área do projeto, 99 já se encontravam em funcionamento e seriam mantidas sem modificações. Precisava-se, portanto, construir 492 novas unidades, das quais 100 já contavam com financiamento. Além disso, 141 unidades deveriam substituir as já existentes, mas sem condições de funcionamento. Previa-se uma unidade sanitária para cada 10 mil a 15 mil habitantes, aproximadamente. Projetou-se também a necessidade de 40 hospitais com 150 leitos, ou um hospital para cada 150 mil pessoas; e de um ambulatório especializado para cerca de 20 unidades sanitárias, cobrindo, portanto, aproximadamente 300 mil habitantes. O projeto pressupunha atendimento universal, independente da existência ou não de vínculo previdenciário. A porta de entrada do novo sistema seriam as unidades básicas de saúde, que assumiriam o cuidado integral à sua clientela, encaminhando os casos mais complexos para outros níveis de atendimento e realizando acompanhamento posterior. O custo fixo total para construção e equipamento de 392 centros de saúde e 40 hospitais estava estimado em US\$ 242.227.880,93. Despesas com desapropriações na cidade de São Paulo deveriam correr por conta do Estado ou do município. O custo operacional para as novas unidades seria de US\$ 204.006.705,54.



No novo sistema, a participação da comunidade deveria ocupar um lugar especial e se efetivaria no acompanhamento dos serviços oferecidos, na fiscalização e no controle, tanto das ações das unidades básicas como das unidades hospitalares. Tal participação seria assegurada por Conselhos de Comunidade, compostos por representantes escolhidos na proporção de um para cada 500 habitantes.

A reorganização do sistema na Região Metropolitana de São Paulo implicaria, também, o estabelecimento de um sistema integrado de planejamento intra e interinstitucional, com a participação do INAMPS, da SES, das secretarias municipais da Saúde e demais órgãos públicos do setor. O financiamento do custo operacional das unidades básicas seria multiinstitucional a partir das seguintes fontes: orçamento da Secretaria de Estado da Saúde; orçamento da Secretaria de Higiene e Saúde; orçamento dos outros municípios da região; INAMPS, mediante convênio com o Centro de Integração de Atividades Médicas (CIAM), para contratação de pessoal e financiamento de exames laboratoriais; e convênios diretos com municípios. Para a rede hospitalar, o financiamento também seria multiinstitucional, com as seguintes fontes: orçamentos da SES e da Secretaria de Higiene do município de São Paulo, principalmente para atendimento de emergência, e convênio com o INAMPS.

A Versão Sintética

A *Versão Sintética (do Projeto de Expansão)*⁴ foi elaborado em janeiro de 1983 por uma Comissão Especial, criada especialmente para detalhar e implementar o projeto⁵. O texto define cinco áreas de implantação, entre as 34 áreas indicadas no projeto inicial⁶.

Os princípios esboçados na *Versão Sintética* reforçam a criação de um sistema hierarquizado e regionalizado, composto por Unidades de Saúde: rede de Unidades Básicas de Saúde

4. SES. Projeto de expansão da rede de serviços básicos da saúde da Grande São Paulo — versão sintética, jan. 1983.

5. A Comissão Especial foi criada pelo decreto nº 19.278, de 12/8/1982, com a participação das seguintes instituições: Secretaria de Planejamento do Estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, INAMPS, Ministério da Saúde e FUNDAÇÃO.

6. Para a primeira fase do projeto, considerou-se prioritário escolher áreas segundo os seguintes critérios: existência de colaboração entre as instituições; possibilidade de implantação rápida do modelo; participação das prefeituras na aquisição de terrenos e no gerenciamento e na administração do projeto; e existência de reivindicação popular. Ao mesmo tempo, procurou-se selecionar áreas com diversos tamanhos de população e extensão territorial, portanto, com diferentes densidades demográficas, distinguindo-as também entre aquelas com predomínio de hospitais públicos e as com predomínio de hospitais privados. Além disso, levou-se em conta a possibilidade de desenvolver programas de treinamento de recursos humanos ou a implementação da integração docente-assistencial.

As cinco regiões do município de São Paulo seriam compostas por 18 Áreas de Saúde, variando de 180 mil a 702 mil habitantes, com uma média de 470 mil habitantes. Cada uma dessas áreas conteria de 4 a 38 UBS integradas com hospitais gerais em Módulos de Saúde. Os demais municípios da Grande São Paulo seriam divididos em quatro Regiões de Saúde, compostas por 16 áreas de Saúde, variando de 90 mil a 430 mil habitantes, com uma média de 230 mil habitantes. Essas áreas conteriam de 8 a 31 UBS, na maioria de pequeno porte devido à baixa densidade populacional em várias áreas.

Para a primeira fase, definiram-se cinco regiões (ainda sob denominação de "áreas"), onde seriam construídas 61 novas unidades básicas de saúde (UBS) e instalados 1.360 leitos hospitalares, assim distribuídas:

- Área N-1, na Região Norte, composta pelos municípios de Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã (necessidade de construção de oito UBS e ativação de 150 leitos do Hospital Geral, de Franco da Rocha);

- Área S-6, na Região Sul, composta pelos municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra (necessidade de construção de cinco novas UBS, término de outras dez já iniciadas e incorporação do Hospital Nardini, em fase final de construção);

(UBS); rede de hospitais gerais locais; rede de unidades ambulatoriais; hospitais para atendimento médico especializado; rede de laboratório de saúde pública; hospitais universitários; e hospitais especializados.

A rede de UBS seria integrada pela rede de centros de saúde estaduais e de postos de assistência médica municipais, o que garantiria o acesso e a continuidade do atendimento às necessidades ambulatoriais básicas dos indivíduos e das famílias de sua área de influência. Essas unidades atenderiam universalmente a população, sem distinção de vinculação previdenciária, e desenvolveriam atividades de assistência médico-odontológica integral, inclusive com visita domiciliar, além de ações educativas de saúde, promoção do aleitamento materno e programas de incentivo à vacinação. A rede de UBS seria a principal porta de entrada do sistema, contando com recursos humanos e equipamentos com alta resolutividade. A fixação dos profissionais médicos na UBS seria uma medida necessária para que cada família tivesse seu médico ou sua equipe de saúde. As UBS atenderiam áreas delimitadas com um contingente populacional de 10 mil a 30 mil habitantes, contando com um total de 28 a 36 servidores para o desenvolvimento das atividades em cada unidade.

A outra porta de entrada do sistema seria a rede de pronto-socorros, administrada pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de São Paulo, e as unidades de emergência da rede privada conveniada com o INAMPS. À rede de pronto-socorro caberia o atendimento de emergência.

A rede de hospitais gerais seria caracterizada tanto pelo atendimento de urgência (pronto-atendimento) como pela prestação de serviços aos clientes encaminhados pelas UBS, devendo oferecer assistência hospitalar geral, com ênfase nas patologias mais comuns. Após o atendimento, o hospital geral encaminharia o paciente novamente à UBS para seu devido acompanhamento. As internações de urgência seriam realizadas nas seguintes especialidades, segundo a distribuição de leitos: clínica médica (39%), clínica cirúrgica geral (20%), clínica tocoginecológica (20%) e clínica pediátrica (21%). Em algumas áreas, os hospitais gerais poderiam incluir serviços mais complexos. Esses equipamentos comporiam uma rede de serviços básicos hospitalares para resolução de 80% das necessidades de internação geral da população, oferecendo, em média, 1,8 leitos por mil habitantes. O projeto previa a utilização de hospitais já existentes nas áreas centrais, para onde seriam encaminhados os casos de maior complexidade. O atendimento externo dos pacientes no hospital estaria limitado aos casos de urgência, estimado em 15% do total de atendimento oferecido pelas UBS (0,3 consultas por habitante/ano) e a um pequeno percentual de retorno, para avaliação ambulatorial de casos internados, calculado em 10% do total de atendimentos realizados na UBS. O suporte laboratorial às UBS deveria ser prestado pelos hospitais gerais locais e laboratórios regionais de saúde pública, já implantados.

A rede de ambulatórios de especialidades médicas teria como finalidade a de fornecer consultas médicas especializadas, visando diagnóstico diferencial e o tratamento específico como retaguarda aos serviços oferecidos pela rede básica. Seu atendimento seria em torno de 0,4 consultas médicas por habitante/ano. A localização desses ambulatórios deveriam ser nas

-
- Área O-5, na Região Oeste, composta pelo município de Cotia (necessidade de construção de duas UBS e ampliação do hospital existente);
 - Área SPEL-1, na Região Extremo-Leste do município de São Paulo, composta pelos Distritos de Paz de Itaquera e de Guaianases (necessidade de construção de 15 UBS, incorporação de um hospital municipal e construção de mais dois hospitais);
 - Área SPN, na Região Norte do município de São Paulo, composta pelos Distritos de Paz de Nossa Senhora do Ó, Brasilândia, Vila Nova Cachoeirinha, Limão e Casa Verde (necessidade de construção de 20 novas UBS e três hospitais gerais).

proximidades dos hospitais de base ou especializados. Estes, por fim, constituiriam a necessária retaguarda hospitalar especializada.

Segundo a *Versão Sintética*, o sistema de referência e contra-referência seria de fundamental importância em vários níveis da rede de serviços, sobretudo em hospitais privados. Era preciso, portanto, elaborar novas modalidades de contratação de serviços contendo normas relativas ao sistema de referência e contra-referência — tarefa que caberia ao INAMPS.

O documento também atribuía grande importância a uma nova política de recursos humanos que fosse adequada aos objetivos do projeto, o que implicaria uma série de medidas: substancial melhoria nos níveis salariais e nas condições de trabalho; criação de carreiras; e implantação de um novo sistema de controle, que incluísse a participação dos usuários na fiscalização dos serviços prestados, por meio dos Conselhos da Comunidade. Para planejar e coordenar essas medidas, seria criado um Centro de Recursos Humanos. Por outro lado, a implantação do projeto deveria criar as condições para o desenvolvimento da integração entre escolas de medicina e unidades de prestação dos serviços.

O projeto também propôs a reorientação da postura e da competência das instituições públicas e privadas do setor, tendo em vista os seguintes objetivos: diminuição da morbidade e da mortalidade passíveis de prevenção; controle das patologias de maior incidência; garantia de acesso aos serviços a toda a população (clientela universal); aumento da eficiência dos serviços de saúde; garantia de continuidade da assistência prestada; e elevação do nível de saúde da população da Região Metropolitana de São Paulo.

De acordo com esses propósitos, as estratégias definidas para o desenvolvimento do projeto foram:

- estabelecimento de uma política estadual de saúde, sob efetiva coordenação da Secretaria Estadual da Saúde e das instituições que atuam no setor;
- reorganização do sistema de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, fundada na regionalização, hierarquização e integração dos serviços, definindo a área de influência de cada um deles, sua vinculação a determinada população, referência e contra-referência de pacientes e as portas de entrada do sistema;
- estabelecimento de um sistema integrado de planejamento, intra e interinstitucional, com a participação do INAMPS, da SES, das secretarias municipais de saúde e demais órgãos públicos do setor;
- implementação dos mecanismos financeiros, como Fundo Estadual de Saúde, que permitam a integração dos diferentes recursos destinados ao setor saúde;
- aumento da capacidade resolutiva dos diferentes níveis do sistema, evitando internações desnecessárias, no nível ambulatorial, e reduzindo as médias de permanência, letalidade e custos das internações, no nível hospitalar;
- extensão da cobertura a toda a população da Região Metropolitana de São Paulo, de forma a evitar que núcleos com mais de 10 mil habitantes permaneçam sem acesso à unidades sanitárias e/ou áreas de saúde com menos de um leito por mil habitantes;
- estabelecimento de uma política de recursos humanos, que assegure uma efetiva fixação dos profissionais e auxiliares de saúde em suas unidades de trabalho;
- desenvolvimento de programas especiais de controle das patologias de maior incidência, tanto para prevenção quanto para diagnóstico e tratamento, dando prioridade às ações de saúde que possam produzir um maior impacto com diminuição de diarreias, pneumonias e doenças evitáveis por imunização, ou com cuidados de pré-natal, parto e atenção ao recém-nascido;
- manutenção de um processo de acompanhamento e avaliação do sistema de saúde.

O novo modelo de assistência, definido pelo projeto, estabelecia que os serviços a serem oferecidos nas unidades de saúde abrangeriam ações preventivas e curativas, visando atendimento integral à clientela. O objetivo dessa nova organização dos serviços de saúde seria o de aumentar a eficiência e eficácia do sistema descentralizado. As características principais da proposta foram assim definidas:

- responsabilizar os serviços públicos de saúde pela assistência médico-sanitária integral e pelo nível de saúde de uma população claramente definida;
- atingir a auto-suficiência administrativa o mais próximo possível da execução das atividades-fim;
- atingir a auto-suficiência técnico-administrativa em cada região de saúde, de maneira a garantir os recursos médico-sanitários suficientes, em qualidade e quantidade, para o atendimento de todas as necessidades de saúde;
- garantir uma programação de assistência médico-sanitária única na região e comum a todas as regiões;
- garantir o máximo de capacidade resolutiva em cada nível de hierarquização proposta;
- atribuir poderes a região de saúde para gerenciar todos os recursos financeiros públicos existentes;
- organizar e regionalizar os serviços de saúde, por meio da estrutura de *Módulos, reas e Regiões de Saúde*.

O Módulo de Saúde seria composto por um Hospital Geral e várias UBS, prestando serviços de saúde a populações que variariam entre 100 mil a 300 mil habitantes, que poderiam contar com mais de um hospital geral, em função dos equipamentos hospitalares existentes, articulados entre si e com as UBS⁷.

A Área de Saúde seria composta por um conjunto de módulos, constituídos de hospitais gerais e UBS, fornecendo serviços a uma população de 180 mil a 700 mil habitantes, com média em torno de 380 mil habitantes. Sua função seria a de avaliar os impactos das ações de saúde desenvolvidas pelos módulos. Do ponto de vista administrativo, ela teria a função de identificar o sistema de referência/contra-referência entre os pacientes atendidos no módulo e o atendimento especializado nos ambulatórios e hospitais de base especializados. A vigilância epidemiológica seria executada essencialmente pela área; dependendo das doenças, poderia ser executada pelo módulo ou região.

A Região de Saúde seria composta por um conjunto de áreas de saúde (englobando UBS e hospitais gerais), com um a dois ambulatórios de especialidades médicas e um hospital de base. Em algumas regiões haveria hospitais especializados, abrangendo uma população de no mínimo 500 mil habitantes e no máximo 2.500 mil habitantes. As regiões teriam por função garantir a sistematização do fluxo da clientela entre os serviços básicos prestados no módulo e os ambulatórios especializados e entre hospital de base e hospitais especializados sob sua direta coordenação e/ou administração. A regionalização não obedeceria a critérios geográficos, mas funcionais, podendo atender a clientela das diferentes regiões da Grande São Paulo. Para tanto, cada região deveria dispor de indicadores demográficos, de saúde, de saneamento, de habitação, de distribuição de renda etc., complementados por informações, oriundas dos mó-

7. O Diretor do Módulo coordenaria todos os serviços de saúde prestados tanto pelos hospitais gerais quanto pelas UBS, além de responder pelos atos administrativos. O módulo deveria se constituir como unidade de despesa e sua estrutura conteria todos os serviços de administração necessários, a saber: pessoal, serviços gerais, finanças e material.

dulos e das áreas de saúde, sobre o funcionamento da rede de serviços, tanto nos seus aspectos técnicos como administrativos. Deveria, também, exercer as funções de planejamento e execução, para o que precisaria de uma estrutura técnico-administrativa que executasse e acompanhasse o plano de saúde, sobretudo nos aspectos de investimento de capital e expansão dos serviços.

O novo modelo também pressupunha um esforço de integração interinstitucional de tal forma que os serviços prestados se uniformizassem. Assim, unidades de mesmo nível prestariam o mesmo tipo de atendimento, independente da instituição a que pertencessem. O planejamento dos serviços deveria ser efetuado pelos Conselhos Regionais de Saúde (compostos por elementos indicados pela SES, pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de São Paulo e pela Superintendência Regional do INAMPS, em São Paulo).

Do ponto de vista financeiro, o Fundo Estadual de Saúde seria o receptor dos recursos advindos dos três níveis institucionais — INAMPS, SES e municípios. A gerência do novo modelo caberia a um Conselho Metropolitano de Saúde (CMS), constituído por: Secretário de Saúde do Estado; Superintendente Regional do INAMPS; Delegado Federal de Saúde em São Paulo; Secretário de Higiene e Saúde do Município de São Paulo; e um secretário municipal por cada uma das regiões (Norte, Sul, Leste e Oeste) da Grande São Paulo. Tal Conselho deveria desempenhar as seguintes funções: traçar as diretrizes políticas de saúde para a Região Metropolitana de São Paulo; aprovar os planos de investimento e custeio; firmar acordos e convênios; e indicar o Gerente Geral de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, assim como os gerentes das regiões de saúde⁸.

Além disso, a gerência dos serviços de saúde deveria ter como suporte a criação de quatro tipos de conselhos: Conselho de Gerentes Regionais de Saúde; Conselhos Intermunicipais de Saúde; Conselho Regional de Saúde; e Conselho de Diretores de Módulos de Saúde⁹. Por fim, propunha-se a formação, ainda na primeira fase do projeto, de um Conselho Interinstitucional integrado pelo Secretário Estadual de Saúde, pelo superintendente regional do INAMPS e pelo Secretário Municipal de Higiene e Saúde de São Paulo. O Conselho teria as seguintes funções: indicar o gerente geral do projeto; traçar suas diretrizes políticas; aprovar os planos de investimento e custeio; firmar acordos e convênios; e designar os técnicos que comporiam a Unidade de Gerência.

8. As atividades do CMS seriam exercidas pelo Gerente Geral de Saúde da região metropolitana de São Paulo, tendo as funções de gerência geral do Sistema Metropolitano de Saúde; coordenação do Conselho de Gerentes das nove regiões de saúde; avaliação do desempenho das regiões de saúde; elaboração, a partir dos planos da região de saúde, do Plano Metropolitano de Saúde; e indicação de gerentes das regiões de saúde para aprovação do CMS.

Cada região de saúde deveria ter um gerente regional com as seguintes funções: gerência geral da região de saúde; coordenação do Conselho de Diretores de Módulo; avaliação do desempenho dos módulos por áreas de saúde; coordenação do sistema de referência e contra-referência de sua região; e elaboração, a partir dos planos dos módulos de saúde, o Plano Regional de Saúde, a ser submetido ao Gerente Geral de Saúde, da Região Metropolitana de São Paulo.

9. Conselho de Gerentes Regionais de Saúde: integrado pelos gerentes das nove regiões de saúde e presidido pelo Gerente Geral de Saúde, tendo como função deliberar sobre os planos para região metropolitana de São Paulo e auxiliar o gerente geral na coordenação do CMS.

Conselhos Intermunicipais de Saúde: funciona em cada uma das quatro regiões de saúde (excluindo-se o município de São Paulo), composto pelos secretários municipais de saúde da região e pelo gerente regional de saúde.

Conselho Regional de Saúde: integrado pelos diretores de módulos, diretores das áreas e pelo Gerente Regional de Saúde.

Conselho de Diretores de Módulos de Saúde: integrado pelos diretores dos módulos de saúde, para auxiliar o diretor da área, que o preside, na coordenação dos serviços e deliberar sobre os planos de saúde propostos.

O Documento Técnico

Em março de 1983, a *Versão Sintética* foi encaminhado para a Secretaria de Economia e Planejamento, que presidia um conselho interinstitucional composto pelos secretários de Saúde do Estado e do município de São Paulo e pelo superintendente regional do INAMPS. Tal conselho, por sua vez, indicou um grupo executivo para a preparação do texto final do projeto. Em dezembro de 1983, pelo decreto nº 21.862, estabeleceu-se uma Unidade de Gerência do projeto. Em março de 1984, os trabalhos finalizam-se com a redação do *Documento Técnico 01/84*¹⁰, que formula definitivamente o Programa Metropolitano de Saúde (PMS).

De acordo com esse documento, a proposta foi desenvolvida segundo duas linhas de trabalho. A primeira consistiu na elaboração propriamente dita do programa, realizada no nível central da Secretaria de Saúde. A segunda desenvolveu-se no nível local, já buscando efetivar o planejamento integrado com as instituições do setor saúde de cada região, contando com a participação das equipes locais, coordenadas pelas equipes regionais e com o apoio dos níveis centrais.

No *Documento Técnico*, repetem-se os mesmos princípios básicos que constam das versões anteriores do projeto: direito de todo o indivíduo à saúde; direito à assistência médico-odontológica integral; vinculação de uma população delimitada a uma determinada unidade básica de saúde (UBS); garantia do acesso aos serviços de saúde; participação comunitária nas ações de saúde; e planejamento a partir do nível local e integrado de modo interinstitucional. Também se repetem as mesmas definições para módulo, área e região de saúde. O PMS, como já havia sido definido anteriormente, prevê quatro tipos de unidades de saúde para oferta dos serviços, e o *Documento Técnico* acrescenta os parâmetros para seu funcionamento¹¹.

Como nas versões anteriores, o *Documento Técnico* considera de suma importância a implantação de uma nova política de recursos humanos. Pretende-se, também, o desenvolvimento de experiências de integração docente-assistencial, que podem contribuir favoravelmente na preparação de recursos humanos. Para isso, espera-se uma melhoria dos níveis salariais e

10. SES. Documento Técnico 01/84, mar, 1984.

11. Para a UBS, os parâmetros básicos são os seguintes:

- a. 2,76 consultas médicas por habitante/ano;
- b. 0,75 consultas odontológicas por habitante/ano;
- c. 0,40 consultas de enfermagem;
- d. 0,90 visitas por família/ano.

O pessoal necessário para o desempenho das atividades nessas unidades foi calculado em um total de 63 servidores.

O atendimento hospitalar constitui-se de:

- a. atendimento às urgências médicas (pronto-atendimento);
- b. atendimento ambulatorial de retorno do pronto-atendimento e de referência das unidades básicas de saúde;
- c. internações de urgência.

A distribuição de leitos pelas especialidades clínicas foi programada da seguinte forma: clínica médica (37%); clínica cirúrgica geral (18%); clínica ginecológica e obstétrica (18%); clínica pediátrica (18%); clínica ortopédica (6%); clínica psiquiátrica (3%).

O acesso aos serviços de ambulatório de especialidades médicas deve ser sempre precedido de um atendimento pela UBS ou pelo hospital geral, acompanhado de uma guia de solicitação de consulta e/ou exames. Por isso, esses ambulatórios devem se situar próximo aos hospitais de base ou especializados, pois são os únicos que dispõem de tais recursos. Não se pretende de imediato a ampliação do número desses ambulatórios, pois os existentes na Região Metropolitana de São Paulo são suficientes para atender a demanda.

No novo sistema, o hospital de base ou especializado deve constituir a retaguarda hospitalar necessária. Contando com os hospitais universitários, os do INAMPS e dos demais órgãos públicos, o seu número é suficiente para atender toda a Região Metropolitana de São Paulo.

das condições de trabalho em geral, inclusive por meio da criação de carreiras, aliada à implantação de sistemas de controle e avaliação dos serviços prestados. Numa primeira fase, o *Documento Técnico* prevê cursos de reciclagem, capacitação de novos recursos e avaliação.

O PMS também define os seguintes objetivos básicos: melhorar, na primeira fase, as condições de saúde em cinco áreas da Região Metropolitana de São Paulo; melhorar o custo efetividade dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo; e contribuir para que o Brasil desenvolva políticas de saúde apropriadas em nível nacional a partir das experiências adquiridas com o PMS.

O desenvolvimento institucional previsto pelo PMS incorpora as seguintes diretrizes básicas: organização do programa com base no sistema descentralizado, tanto do ponto de vista da tomada de decisão como da elaboração orçamentária; desenvolvimento de um sistema hierarquizado de atendimento, incluindo um sistema de referência e contra-referência; integração dos serviços públicos existentes e sua coordenação com o setor privado; participação da comunidade; melhoria no sistema de administração de pessoal, orçamento e contabilidade; e desenvolvimento de sistemas de monitoramento e avaliação.

Os recursos físicos necessários para a implementação do novo modelo, nas cinco áreas já definidas, eram os seguintes: construção de cinco novos hospitais com um total de 1.100 leitos; aquisição de um hospital, reforma de um outro e expansão de um terceiro; construção de 61 UBS na área do projeto e a reforma de 28 já existentes. A complexidade da situação de saúde no município de São Paulo também fez prever a construção de mais 38 UBS fora da área do projeto.

Na programação financeira do PMS, os integrantes da Unidade de Gerência do projeto selecionaram de modo consensual as fontes orçamentárias. Contatos com a missão do Banco Mundial contribuíram para a definição da forma de apresentação dos custos. Para o período 1984-1987, o investimento global do projeto foi estimado em 126,1 milhões de dólares, dos quais 4,8% correspondem a impostos e taxas diretas. O orçamento do projeto ficou subdividido em itens, com a seguinte distribuição dos investimentos:

Desenvolvimento de Políticas	1,63%
Desenvolvimento Institucional	4,27%
Desenvolvimento de Recursos Humanos	3,11%
Desenvolvimento Físico das Unidades Básicas de Saúde e Hospitais	90,99%

No que se refere ao financiamento do projeto, a contribuição do Banco Mundial ao Estado de São Paulo seria de 55,5 milhões de dólares, correspondendo a 50% do custo total. O Estado de São Paulo deveria arcar com 30% dos custos, correspondendo a 39,6 milhões de dólares, e o município de São Paulo, com 20% (26,5 milhões de dólares). Previu-se que o Estado iria cobrir todo o investimento nas três áreas exteriores ao município de São Paulo (Cotia, Caieiras e Mauá) e que dividiria equitativamente, com o município de São Paulo, os custos nas áreas de Itaquera/Guaíazes e Freguesia do Ó, além dos nove distritos, fora da área do projeto, onde seriam construídas 38 UBS (designados pontos de extensão do programa). Do total do

custo do item Desenvolvimento da Rede Física — aquisição de terrenos, obras civis, equipamentos e manutenção —, as obras civis das UBS participam com 23,6% e as dos hospitais, com 24,3%. Em outras palavras, o conjunto das obras civis, inclusive a instalação, absorvem cerca de 47,9%, correspondendo a 58,49 milhões de dólares¹².

Por fim, vale ressaltar que o plano apresentado no *Documento Técnico* harmonizava-se perfeitamente com as diretrizes gerais do Ministério da Saúde e com o plano elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que deu origem às AIS. Por sinal, o convênio AIS, celebrado entre a Secretaria do Estado da Saúde e o INAMPS, em outubro de 1983, constituiu um esforço de integração em nível institucional. Além disso, o equacionamento do financiamento de parte substantiva do custo operacional da rede proposta dependia da implementação das AIS.

Negociações com o Banco Mundial

As negociações com o Banco constituem um momento importante na formulação do PMS, pois foi por meio desse diálogo que se construíram os princípios, os objetos, as metas e algumas estratégias de implementação do programa. O Banco foi também decisivo no processo de integração interinstitucional, na medida em que insistiu em que as AIS fossem consideradas como peça angular do novo sistema proposto pelo programa.

Os comentários a cada um dos documentos produzidos pela SES — *Projeto de Expansão e Versão Sintética* —, seguem basicamente duas linhas de preocupação: em primeiro lugar, o Banco pondera que a Secretaria de Saúde deve incluir o componente assistência médica *stricto sensu* em suas ações; em segundo lugar, o Banco considera serem imprescindíveis a criação de instrumentos institucionais que viabilizem o novo modelo (integrado) e a definição do perfil de financiamento multi-institucional — daí a assinatura dos convênios AIS como pré-condição para o contrato de empréstimo.

Primeira avaliação (1981)

A primeira avaliação do Banco, de 1981, refere-se ao *Projeto de Expansão*¹³. Nesse documento, é ressaltada a necessidade efetiva de intervenção direta do Estado de São Paulo no restabelecimento de uma distribuição equitativa dos equipamentos de saúde. Isto se faz necessário, segundo o Banco, na medida em que o livre jogo das forças do mercado faz persistir a situação de má distribuição dos leitos hospitalares. O Estado disporia até mesmo de um aparato legal para sustentar tal intervenção, que dependeria, portanto, da decisão política de fazê-lo. Nesse sentido, o Banco Mundial considera que é insatisfatória a análise apresentada a respeito

12. O levantamento de custos, conforme o Documento Técnico 01/84, teve por base os seguintes documentos:

FUNDAP. Levantamento preliminar dos custos operacionais da rede de assistência médica e hospitalar da Região Metropolitana de São Paulo (Anexo B), set. 1982;

FUNDAP. Custos do Projeto Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Região Metropolitana de Saúde — Apresentação preliminar, dez. 1982

Departamento de Edifícios e Obras Públicas (DOP). Levantamento de custos de terrenos, construções e equipamentos, jan. 1984.

13. Banco Mundial. Brazil urban health sub-sector issues paper — management of health care programs, 21/12/1981.

da capacidade de pressão do setor privado, que detém, afinal, 70,2% dos leitos (em 1980) e quase a totalidade dos serviços de assistência à saúde individual.

O Banco recomenda que se constitua um novo sistema de informações que possa efetivamente dar suporte a ações de planejamento e controle, a fim de superar a pouca objetividade na coleta de dados e a falta de controle sobre os serviços ofertados. O texto da SES é também criticado por se ater a questões relativas à localização e à distribuição dos equipamentos de saúde, sem conseguir propor um projeto hospitalar consistente. Recomenda-se a adequada medição da demanda e da cobertura, para possibilitar o planejamento em bases reais. Além disso, o Banco chama atenção para a necessidade de inventariar os tipos de patologia mais frequentes para possibilitar o planejamento das unidades de saúde e a sua adaptação às mudanças no perfil epidemiológico das áreas em questão.

Quanto aos recursos humanos, o Banco comenta que o sucesso do projeto guarda íntimas relações com as condições de trabalho e a formação dos profissionais — os médicos. Segundo o Banco, os serviços básicos de saúde devem se assentar na presença e na participação ativa e contínua de um médico. Por isso, é preciso reverter a situação então existente de baixos níveis de salário, de condições de trabalho e de formação, que condiciona os médicos a buscarem vários empregos. Deve-se evitar que o profissional receba três ordenados distintos e esteja subordinado a três esferas (INAMPS, SES e Secretaria Municipal de Higiene e Saúde), o que se traduz em ausência de coordenação dos serviços de saúde, acarretando desestímulo aos próprios médicos. Torna-se, portanto, premente uma coordenação unificada das instâncias que atuam no setor. Além disso, o Banco, mencionando o exemplo de Cotia, recomenda que os médicos estejam empregados pelas comunidades em que trabalham. É preciso também, segundo o Banco, estabelecer inter-relações entre os hospitais locais e os centros de saúde e entre os primeiros e as escolas de medicina, de forma a promover uma integração entre os médicos residentes e os locais de atendimento.

Outro ponto destacado pelo documento do Banco Mundial é o da formação de módulos, que devem atender, cada um, no máximo 300 mil habitantes. O módulo deve ficar sob a responsabilidade de um médico em tempo integral, com remuneração baseada na produtividade (número de pacientes/dia). O Banco concorda com a forma pela qual é tratado o tema da questão organizacional (estrutura de módulos, áreas e regiões), mas recomenda maior detalhamento. Propõe também que os recursos do governo ao setor saúde sejam coordenados de modo unificado para serem descentralizados em fase posterior, repassando-os à comunidade ou ao município. Do mesmo modo, a administração dos equipamentos — os centros de saúde — deve ser delegada às autoridades ou às comunidades locais. Quanto à localização dos centros de saúde, o problema maior, segundo o Banco, reside na aquisição de terrenos para a construção desses equipamentos. Nesse sentido, o Banco demanda informações mais detalhadas.

A assistência hospitalar é o tema sobre o qual recaem maiores dúvidas. Em comparação com o grau de detalhamento dispensado aos centros de saúde, o planejamento e a programação dos hospitais, apresentados pelo *Projeto de Expansão*, são extremamente lacunares, o que é indício do despreparo do Estado para essas funções. Para o Banco, isso é preocupante na medida em que o volume de recursos envolvidos com essas unidades é bastante expressivo. Além disso, o Banco não concorda com a proposta de que o hospital fique separado física e geograficamente das unidades ambulatoriais, ou seja, sem clínicas de atendimento a pacientes não-internados. Ao contrário, o Banco sugere que o hospital local conte com um ambulatório para utilizar ao máximo a capacidade instalada e os profissionais disponíveis, de modo a obter também o máximo de retorno do investimento realizado.

Em relação à organização e à administração dos hospitais, o Banco Mundial considera que o projeto de expansão da rede caminha na direção correta, apontando questões relevantes,

sem contudo dar a devida ênfase a questões relativas à inter-relação entre os níveis primário, secundário e terciário. O Banco, no entanto, discorda que o tamanho dos hospitais seja fixada sem levar em conta os seguintes aspectos: densidade da população; facilidade de acesso; cálculo de custo/benefício em caso de aumento da planta; condições de saúde e de vida da população a ser atendida; e programas e funções a serem desempenhadas pelo próprio hospital. A sugestão é a de que o tamanho médio seja de 160 a 200 leitos, podendo variar entre os extremos de 80 e 320 leitos, prevendo espaço para futuras expansões. Quanto aos custos de equipamentos, o Banco considera-os superestimados, pois correspondem a 70% do custo de construção, enquanto outras fontes estimam em aproximadamente 1/3 desse custo — taxa que o Banco aceita como a mais viável. Os custos operacionais anuais também estão superestimados, segundo a avaliação do Banco, pois equivalem ao custo de construção.

Por fim, nessa primeira avaliação, são ressaltadas algumas questões relativas ao fortalecimento da capacidade administrativa da SES e se discute se o Brasil aceitaria ou não que o Banco monitorasse o programa. O documento também elogia o projeto de Cotia, enfatizando que a participação comunitária foi essencial para o seu sucesso. A partir desse exemplo, o Banco sugere até mesmo que o Estado estimule o surgimento da organização comunitária.

Aide Memoire (1982)

Após esse primeiro documento, o Banco Mundial, em junho/julho de 1982, enviou técnicos para o Brasil, a fim de preparar a visita de uma missão, em novembro/dezembro do mesmo ano. Esses técnicos deram continuidade ao processo de negociação com o governo do Estado de São Paulo, como relatam em *Aide Memoire*¹⁴.

Segundo esse documento, houve concordância em torno da necessidade da constituição de uma equipe, sob a coordenação da SES, com representantes da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de São Paulo e do INAMPS, assistidos por especialistas, para a preparação do projeto. Criou-se assim, em 12/8/82 (decreto nº 19.278), a Comissão Especial para a Expansão da Rede, ligada diretamente ao Gabinete do Governador, com a incumbência de elaborar a proposta final, pormenorizar os planos e acompanhar a implementação do projeto.

Estabeleceu-se, também, um acordo preliminar sobre os serviços a serem prestados nas unidades básicas e hospitalares e se explicitaram os vínculos entre os prestadores e os níveis de complexidade desses serviços. Decidiu-se que os serviços já prestados seriam mantidos, aos quais seriam agregados os de educação, de promoção à saúde e de nutrição, além de visitas domiciliares e inspeção sanitária.

Fixaram-se alguns critérios de planejamento relativos ao número de consultas médicas anuais *per capita*, ao número de leitos hospitalares por 1.000 indivíduos cobertos e ao número de leitos por hospital (de 100 a 300 leitos, conforme as especificidades da área a ser coberta). Ficaram pendentes para definição posterior as seguintes variáveis, consideradas chaves pela missão preparatória: distribuição populacional, sua densidade e meios de acesso aos serviços; população a ser coberta por cada unidade de saúde; determinação precisa dos serviços a serem prestados nas unidades de atendimento e os prestados em visitas domiciliares; e manutenção ou não dos serviços ambulatoriais pelo hospital.

A COGEP (Coordenadoria Geral de Planejamento) e a Emplasa (Empresa Metropolitana de Planejamento) ficaram encarregadas de concluir os trabalhos de localização e planejamento físico das instalações, dentro e fora do município de São Paulo, respectivamente.

14. Banco Mundial. Brasil — São Paulo health project. Preparation Mission — Aide memoire, jun./jul. 1982.

Os gastos de capital seriam repartidos em partes iguais entre o governo federal, a SES e o Banco Mundial. Quanto aos custos variáveis, propôs-se um repasse mensal, a partir de 1983, em que o INAMPS seria responsável por 60% do total, ficando os 40% restantes por conta dos recursos orçamentários do Estado e dos municípios, em proporção a ser negociada. A missão do Banco insistiu na necessidade de esses acordos terem amparo jurídico, e reafirmou ser imprescindível que o plano fosse aceito pelo nível federal, mediante suportes institucionais que permitam tais transferências de recursos. Além disso, o governo do Estado de São Paulo propôs que o Banco Mundial arcasse com 35% dos custos fixos do projeto, ficando o restante por conta do Estado. Para aliviar os seus gastos, o Estado tentaria também obter recursos adicionais junto aos municípios e ao FAS, complementando os 6,8 milhões de dólares já liberados para dar início às obras do projeto e para contratação de consultores.

Terceira avaliação (1982)

Em dezembro de 1982, a missão do Banco Mundial elaborou uma nova avaliação¹⁵. Nela são apresentadas as razões que levaram o Banco a empreender, conjuntamente com o governo do Estado de São Paulo, o financiamento de parte dos custos fixos do projeto. Em primeiro lugar, o Estado de São Paulo foi o primeiro a solicitar o auxílio do Banco e o primeiro a encaminhar-lhe uma proposta e o projeto propriamente dito. Em segundo lugar, as carências da área periférica da Grande São Paulo, abrangida pelo projeto, não eram substancialmente diferentes das de outras regiões do país, podendo ser tomadas como exemplares. Além disso, esperava-se que o sucesso do projeto de São Paulo, pela importância política e econômica deste Estado, pudesse apresentar um efeito desencadeador para reestruturação do sistema de saúde nacional. Por fim, havia um desejo de mudanças permeando os três níveis (federal, estadual e municipal), o que se evidenciava, segundo os técnicos da missão, na constituição de uma equipe tripartite para a elaboração do projeto.

A nova avaliação estabelece que o projeto deve se realizar por etapas, das quais a primeira abrange cinco áreas, atendendo a cerca de 1,65 milhões de pessoas: Freguesia do Ó, Itaquera, Guaianases, Cotia, Caieiras e Mauá. Nessa fase, o pessoal passa pelo treinamento e os conceitos elaborados devem ser submetidos a testes para modificação e aperfeiçoamento do modelo proposto.

Segundo o documento, a Unidade Básica de Saúde (UBS) constitui o primeiro nível de atendimento e, portanto, a porta de entrada do sistema. Ela se classifica em três tipos, de acordo com seu tamanho: o primeiro, para atendimento de 10 mil pessoas; o segundo, para 20 mil pessoas, considerado tamanho normal; e o terceiro, para 50 mil pessoas. Quanto ao complexo hospitalar, definiu-se que devem ser anexados 1.472 leitos aos existentes, mediante aquisição do Hospital Nardini (222 leitos), em Mauá; conversão de 150 leitos do Hospital do Juqueri em Hospital Geral; adição de 100 leitos ao Hospital de Cotia; e construção de cinco hospitais de aproximadamente 200 leitos cada.

A avaliação do Banco Mundial também aborda aspectos institucionais do projeto que ainda não estavam equacionados de modo satisfatório. De acordo com o documento, é preciso descrever mais detalhadamente o modelo organizacional e a política financeira, de modo a fornecer critérios para os procedimentos a serem adotados. Também enfatiza que a implementação do novo modelo requer um aparato jurídico de suporte ao arcabouço institucional e aos

15. Banco Mundial. Brazil — São Paulo health project. Appraisal Mission, dez. 1982.

esquemas de financiamento previstos, chegando a condicionar as negociações com o Banco a esses acordos jurídicos, que devem ser firmados até outubro de 1983.

Quanto ao montante do custeio e a forma de repasse para a operacionalização do programa, chegou-se a uma definição, que daria origem a uma discussão que perduraria até o momento da implantação do SUS. O documento reafirma que o INAMPS deve arcar com 60% dos custos operacionais, com reembolso mensal variando em função dos índices de inflação, mas com limite de no máximo duas consultas médicas, 0,5 visita odontológica, 1,4 de serviços complementares e 0,1 internação hospitalar ao ano, por habitante. O reembolso hospitalar deve ser feito de acordo com uma quantia fixa por procedimento utilizado — o que incentivaria a redução de exames e tratamentos desnecessariamente sofisticados. Os restantes 40% do total de custos variáveis devem ser financiados pelo Estado e pelos municípios envolvidos no projeto, na proporção de, respectivamente, 30% e 10%.

O Módulo de Saúde é definido como uma unidade de gasto e de coordenação dos serviços prestados. O responsável pela sua administração deve ser assistido pelo Diretor dos Serviços de Internação e pelo Diretor dos Serviços Ambulatoriais; a este se subordinam os chefes de unidades de saúde, que devem ser aconselhados pelo Conselho Comunitário de Saúde ou por representantes comunitários. Do ponto de vista organizacional, cada área deve ter seu administrador. Este é auxiliado, em suas funções, por um Conselho, constituído pelos administradores dos módulos e por representantes dos municípios, do INAMPS, do setor privado e da comunidade.

O documento recomenda que a implementação do projeto esteja a cargo de uma Unidade de Gerência, a ser estabelecida no Gabinete da SES, e que ela mantenha intenso contato com o Centro de Recursos Humanos bem como o Centro de Informação de Saúde para Monitoramento e Avaliação, também da SES. Além disso, tal Unidade de Gerência do projeto deve estar associada a uma pequena unidade constituída no âmbito da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de São Paulo, de modo a viabilizar a articulação de suas atividades.

Quarta e quinta avaliações (1983 e 1984)

A *Versão Sintética*, elaborada pela Comissão Especial para a Expansão da Rede, da SES, é um resultado desse processo de discussão com o Banco Mundial, que, por sua vez apresenta, em abril de 1983, uma nova avaliação¹⁶. Nela, sobressaem duas questões: a necessidade de institucionalização do projeto e a apresentação mais detalhada do plano de custo e financiamento do projeto. Assim, o Banco reafirma, mais uma vez, como exigência para o prosseguimento das negociações, a necessidade de acordos legais ou decretos para institucionalizar o novo modelo, a sua organização e as suas fontes de financiamento.

Há, por fim, a avaliação de abril de 1984¹⁷, que forneceu as bases para as negociações finais entre o Banco Mundial e o Estado de São Paulo, entre 1984 e 1985. Dela, destaco aqui apenas os tópicos que não se encontravam detalhados nos comentários anteriores.

O Banco chama atenção para a necessidade de criação de um Centro de Recursos Humanos na SES¹⁸. Tal Centro, em conformidade com a proposta do projeto, deve buscar a alteração da situação existente. Para isso, propõe-se a realização de 30 seminários para atendentes e au-

16. Banco Mundial. Brazil health project — staff appraisal report, abr. 1983.

17. Banco Mundial. Brazil health project — staff appraisal report, abr. 1984.

18. Este Centro tem como respaldo jurídico o decreto nº 13.350/79, que conferiu à SES atribuições referentes à política, ao treinamento e à seleção de recursos humanos.

xiliares hospitalares e 50 para o pessoal técnico e profissional das áreas, sob a responsabilidade do Conselho Nacional de Recursos Humanos, vinculado à SEPLAN. O documento do Banco também prevê, ao longo do período de implementação do projeto, 8.555 contratações assim distribuídas: 1.340 médicos, 641 enfermeiras, 177 outros profissionais, 4.823 técnicos e 1.574 serviçais. Um extenso leque de atividades também é sugerido para o treinamento de recursos humanos¹⁹. Além disso, aponta-se para a necessidade de coordenar os estudos sobre os programas e de selecionar os consultores e as instituições que executem esses estudos, ficando a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAAP) com sua administração financeira.

Segundo o Banco, a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) deve se responsabilizar pela implementação e pela gerência da saúde pública em São Paulo, assumindo o comando do PMS, na medida em que os Ministérios da Previdência Social e da Saúde, o INAMPS e o governo do Estado de São Paulo haviam assinado, em 1983, um acordo para estabelecer mecanismos capazes de implementar as AIS, possibilitando uma coordenação integrada da saúde. Assim, a CIS deve indicar o gerente do PMS, submetendo-o à aprovação do governador do Estado²⁰.

No que se refere ao custeio, o Banco sinaliza, mais uma vez, que o INAMPS deve efetuar o repasse para o Estado e os municípios, agora de 50% do custo das consultas ambulatoriais. Desse modo, as fontes de recursos para custeio são: repasse do INAMPS e verbas orçamentárias do Estado e dos municípios envolvidos no projeto. No município de São Paulo, os custos operacionais que excederem a contribuição do INAMPS devem ser divididos igualmente entre o Estado e o município. Nos demais municípios, os custos excedentes passam a ser assumidos pelo Estado de São Paulo. Além disso, o Ministério da Saúde deve participar com uma quantia fixa anual. O Banco também sugere que haja a diminuição dos convênios do INAMPS com os hospitais privados nas áreas do projeto, desde que a oferta dos serviços públicos seja suficiente.

O empréstimo do Banco deve ser pago em 15 anos, incluindo um período de carência de três anos. O tomador do empréstimo é o governo federal, que efetua o repasse do crédito ao governo do Estado de São Paulo.

Duas linhas de atuação

Essas avaliações do Banco Mundial refletem, na verdade, fatos bem conhecidos: o relativo despreparo do setor público para as atividades de assistência médica, principalmente na área hospitalar; a ausência de integração interinstitucional no modelo de saúde vigente no Estado; sérios problemas em recursos humanos, principalmente na área médica, decorrentes da

19. De acordo com o Banco Mundial (avaliação de 1984), o programa de treinamento, a cargo do Centro de Recursos Humanos da SES, deve englobar os seguintes itens:

- 67 cursos locais, para 1.200 pessoas;
- 428 treinamentos em serviços, para 6.000 pessoas;
- realização de 398 módulos de 2 dias de educação continuada para 5.000 participantes;
- 395 bolsas de estudos para visitantes domiciliares, inspetores e agentes de saneamento;
- 1.380 bolsas de estudos para atendentes e auxiliares hospitalares;
- 425 bolsas de estudos locais para seminários de área e módulo, para o pessoal técnico e profissionais;
- 11 bolsas de estudo no exterior, para membros da equipe.

20. A gerência do PMS foi criada oficialmente pelo decreto nº 21.862, de dezembro de 1983. Cabe ressaltar que os desembolsos do Banco Mundial seriam condicionados à comprovação da adesão dos municípios participantes do projeto ao acordo CIS/CRIS. Em janeiro de 1985, pelo decreto nº 23.195, a Unidade de Gerência do Projeto seria transformada em Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, órgão da SES subordinado à CIS, com a incumbência de implantar o novo modelo de saúde na Região Metropolitana.

baixa remuneração, ausência de plano de cargos e carreiras, fraca integração entre as escolas de medicina e os serviços etc.; pouca participação da comunidade no controle das ações de saúde; e a ausência de mecanismos de informação úteis ao planejamento e ao controle das atividades.

É interessante ressaltar que, segundo a visão do Banco, um dos problemas centrais do modelo de saúde vigente reside na pouca intervenção do setor público e na hegemonia do setor privado, ocasionando o descontrole entre oferta e necessidade, a ausência de regulação e a baixa efetividade das ações de saúde. Mas, para reverter o modelo privatista e implementar um novo modelo de saúde — descentralizado e com oferta pública de serviços —, são necessários mecanismos institucionais que promovam a integração e, portanto, a constituição de sistema, garantindo o comprometimento de todas as instituições de saúde com o custeio desse novo modelo. A insistência do Banco a esse respeito justifica-se, pois é impossível operacionalizar o novo investimento apenas com recursos orçamentários, sem a participação do INAMPS.

Essa preocupação recorrente com a institucionalidade do novo modelo de saúde evidencia as dificuldades do momento. Como efetivar uma integração multi-institucional, quando não há mecanismos integradores? Como empregar recursos públicos de diferentes fontes em atividades de saúde do próprio setor público, quando o grosso desses recursos estão comprometidos com o pagamento de serviços privados? Como desenhar funções e atividades integradas para diversos órgãos com diferentes culturas e práticas? Como descentralizar a operação dos serviços, quando são escassos os exemplos de sistemas locais de saúde bem-sucedidos? Não é à toa que o Banco dá ênfase no modelo de Cotia como caso exemplar de sistema local. E exatamente devido a essas dificuldades, as exigências do Banco sempre se referem à criação de aparatos jurídico-institucionais que garantam a implementação, o funcionamento e a continuidade do novo modelo.

Os comentários do Banco sobre as razões de estar financiando esse tipo de projeto — e em São Paulo — são interessantes, pois revelam as premissas necessárias para a implantação do novo modelo. O que se pretende com o projeto é o ajustamento entre as políticas de saúde dos três níveis (federal, estadual e municipal); e implantá-lo em São Paulo possibilita um efeito demonstração para o restante do país, contribuindo, desse modo, na formação de um novo sistema nacional de saúde.

Os limites estipulados para as transferências de recursos de custeio refletem uma preocupação recorrente, tanto do Banco Mundial quanto das autoridades brasileiras vinculadas ao setor saúde: a de evitar a possibilidade de práticas fraudulentas devido à escalada de custos da prestação de serviços de saúde e a ausência de mecanismos de controle.

Em suma, os comentários do Banco visam duas linhas de atuação. A primeira, de ordem institucional, aponta para a necessidade da integração entre as esferas de governo, sem a qual dificilmente se constituiria um sistema de saúde, nem tampouco estariam garantidos os recursos necessários para o custeio das atividades. A segunda linha diz respeito ao desenho propriamente dito do modelo, isto é, sua estrutura organizacional e definição de linhas de atuação dos serviços.

Resultado da negociação: implementação do PMS

A estratégia de implantação do PMS previa duas fases. Na primeira, a ser concluída em três anos, seriam implantadas as cinco áreas definidas ao longo das negociações entre a SES e o Banco Mundial. Nessa fase, seria dada ênfase à complementação do equipamento de apenas algumas áreas de saúde, na formação de recursos humanos e na avaliação do funcionamento do modelo institucional proposto. Tais atividades forneceriam um *feed-back* do programa,

possibilitando eventuais alterações quando da sua implantação nas demais áreas. A divisão modular em cinco áreas tinha, assim, um caráter experimental, e sua implantação deveria acontecer progressivamente, de acordo com a inclusão voluntária da rede privada de hospitais ao sistema. Na segunda fase, cuja preparação aconteceria paralelamente à primeira, seriam realizados estudos visando a ampliação do programa para as demais áreas da região metropolitana.

Na Secretaria Estadual de Saúde, definiram-se novas estratégias, já não mais operacionais, mas institucionais. Tratava-se de utilizar o programa como elemento importante na definição da política de saúde do período. A seguir, descrevo tais definições de estratégia institucional para implementação do PMS.

Seis estratégias

As estratégias de implementação do PMS foram definidas com o objetivo de fazer do programa um instrumento para a transformação das instituições responsáveis pela política de saúde no Estado de São Paulo (Secretarias do Estado e do município de São Paulo). A primeira estratégia definida (Ibañez & Viana, 1986) foi a de inserir o programa na administração direta, ou seja, no interior mesmo da Secretaria Estadual de Saúde. Para isso, criou-se, em janeiro de 1985, uma quinta coordenadoria na estrutura da Secretaria — a Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS). Cabe lembrar que as coordenadorias eram instâncias máximas dentro da estrutura, subordinadas diretamente ao Secretário e gozando de ampla autonomia, na medida em que eram unidades orçamentárias. As razões alegadas para essa opção foram de duas ordens: em primeiro lugar, não deveriam ser fortalecidas ou criadas estruturas paralelas às já existentes; e, em segundo, o programa deveria influenciar positivamente as mudanças institucionais necessárias à implementação de um novo modelo de saúde em São Paulo. Em outras palavras, definiu-se o programa como o embrião de um novo modelo de saúde a ser seguido pela rede estadual e como reservatório de novas práticas.

A segunda estratégia foi a de fazer do programa um instrumento de integração interinstitucional, o que foi feito quando o programa foi subordinado à CIS do Estado de São Paulo e sua implementação, vinculada às AIS. Como explicam Ibañez e Viana (1986, p. 159),

a estratégia de inserção do PMS às AIS tem significado maior do que apenas um suporte financeiro ao custeio dos serviços: os convênios AIS assinados por todos os municípios da grande São Paulo dão suporte para a criação de instâncias de direção interinstitucional (CLIS e CIMS) capazes de permitir a articulação dos diferentes níveis e entre as instituições públicas e os equipamentos privados.

A terceira estratégia consistiu em separar os componentes do programa e do projeto: define-se o projeto como o componente físico do programa (os investimentos); o programa seria o próprio processo de implantação do novo modelo, dando um novo traçado à estrutura já existente. Segundo Ibañez e Viana (1986, p. 159), o programa “absorve algumas instâncias da antiga estrutura, incorpora novas e cria, a todo momento, mecanismos de transição entre o velho e o novo”. Definiu-se também que o projeto deve ser usado como catalisador do programa.

A quarta estratégia foi a da horizontalização do programa, a fim de estender a sua área de influência para toda a região metropolitana. Para isso, previu-se a criação de pontos de extensão (UBS fora das cinco áreas definidas) e a realização de um estudo preliminar sobre a segunda fase do programa.

A quinta estratégia definida foi a da descentralização e da municipalização. Para sua efetivação, seriam criados módulos de saúde com autonomia decisória e orçamentária. Os equipamentos deveriam também ser transferidos para os municípios da área do programa.

A última estratégia foi a de buscar a participação popular e o controle social no gerenciamento do novo modelo.

Quanto ao modo de concretizar as atividades propostas, a estratégia adotada pode ser assim resumida: realização de todas as atividades de desenvolvimento institucional por equipes interinstitucionais, com o apoio de equipes locais. De imediato, foram definidas equipes para os 12 módulos do programa. Além disso, previu-se a busca de auxílio externo, mediante contratação do trabalho de consultores, sempre que as atividades requeridas não pudessem ser feitas pela Secretaria. Na própria estrutura definida para a gerência do programa, conviveriam técnicos de diferentes instituições (principalmente da secretaria municipal), de forma a desenvolver, desde o início, trabalhos com uma perspectiva multi-institucional, visando a integração das redes de serviço.

Pode-se afirmar que o aspecto mais importante na definição dessas estratégias gerais foi a utilização do programa como catalisador da reforma administrativa da Secretaria, em 1986. Ao mesmo tempo, o programa tornou possível uma presença mais decisiva da SES na própria política de saúde, na medida em que o novo modelo requeria toda uma articulação institucional com as demais instituições do setor, como a Secretaria de Higiene e Saúde do município de São Paulo e o INAMPS regional.

Note-se que, assim, antes mesmo do SUDS, alterava-se o tipo e a forma de presença da SES na política de saúde — e de modo mais intenso do que o verificado com o impacto isolado das AIS, que também reforçavam as estruturas estaduais e municipais. Isso só foi possível na medida em que a constituição desse programa ocorreu num momento específico da política, marcado por um duplo movimento: de um lado, iniciativas federais pela descentralização, ao mesmo tempo em que, de outro, os níveis estadual e municipais envolviam-se nesse mesmo processo. O significado do PMS foi exatamente esse: o, de introduzir o Estado e o município de São Paulo no processo de descentralização deslançado pelo governo federal com a constituição das AIS.

Fases da implementação

A implementação do PMS fez-se em três fases:

- janeiro de 1985 a junho de 1986: constituição dos 12 módulos de saúde previstos no programa, vinculados à Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS);
- julho de 1986 a junho de 1987: constituição dos ERSAs;
- emergência do SUDS/SUS.

Na primeira fase, as atividades do programa estiveram canalizadas tanto para a construção das obras previstas como para o desenvolvimento de equipes em cada módulo. Essas equipes tiveram como incumbência realizar uma série de ações, visando a estruturação administrativa das áreas de saúde:

- instalação da sede administrativa dessas áreas;
- serviços administrativos correspondentes à estrutura administrativa proposta (pessoal, finanças, material, transporte e zeladoria);

- organização de sistemas gerenciais (custo, material, patrimônio, manutenção e comunicação administrativa), necessários à operacionalização e controle dos serviços;
- montagem das respectivas comissões interinstitucionais das áreas (CLIS e CIMS).

Pela primeira vez, na região da Grande São Paulo, começavam a se estruturar áreas de saúde com o objetivo de oferecer a atenção integral em saúde, com concepção totalmente diversa daquela desenvolvida até então pela SES, na medida em que essas áreas teriam ampla autonomia decisória e financeira. Na verdade, estavam sendo gestados os embriões dos ERSAs.

A segunda fase, de julho de 1986 a junho de 1987, caracterizou-se pela continuidade das atividades acima enumeradas, mas segundo o novo modelo proposto pela reforma da Secretaria. Nesse período, a CPMS desempenhou o papel da Macro-Região da Grande São Paulo — designada, posteriormente, como Coordenadoria Regional de Saúde (CRS-1). Em outras palavras, os ERSAs criados na grande São Paulo (em número de 15) foram subordinados à Coordenadoria da Macro-Região, que é a própria CPMS.

No terceiro período, após a assinatura do convênio SUDS, a estrutura do programa passou a se vincular diretamente ao Gabinete do Secretário, deixando de exercer as funções institucionais dos dois períodos anteriores. O PMS tornava-se um mero programa de obras e um instrumento de captação de recursos externos.

Quando se comparam essas três fases, algumas diferenças significativas aparecem. No primeiro momento, o que se destaca é o modelo dos módulos. Também não há uma definição precisa sobre quem deve exercer a responsabilidade gerencial por cada uma das áreas propostas — Ibañez e Viana (1986, p. 160) chegam a afirmar que os módulos podem ser estaduais, municipais ou privados (filantrópicos ou lucrativos), dependendo da composição majoritária dos equipamentos em cada área. O processo de descentralização está no seu início e restringe-se a algumas áreas da região metropolitana. Duas estruturas convivem na Secretaria: a dos módulos da CPMS e a tradicional, de departamentos e distritos de saúde. Cabe salientar que foi a partir da tensão crescente entre essas duas estruturas que se acelerou o processo de constituição dos ERSAs.

Na segunda fase, foram se constituindo os ERSAs, que, no PMS, correspondiam a divisão de área de saúde, agregando, portanto, vários módulos. Mas, como ainda não existia uma definição precisa do que deveria ser a menor divisão funcional em uma área de saúde, a figura de módulo continuou a ser empregado quando havia necessidade dessa divisão. No período, a descentralização foi canalizada para a formação dos ERSAs e para a constituição de um mínimo de operacionalidade dessas estruturas. O programa foi se tornando paulatinamente um projeto de obras, e sua influência iria se concentrar na experiência adquirida na montagem de áreas de saúde e nas concepções sobre sistemas gerenciais e definição dos programas assistenciais nas unidades básicas de saúde. A municipalização ainda era incipiente na área metropolitana, mas já havia sido definido que as UBS do programa deveriam caminhar nesse sentido.

Na terceira fase, de fato, com o surgimento do SUDS, o rumo da descentralização passou a ser dado pela municipalização, ficando definido que a gerência local seria de responsabilidade de cada município e que estes deveriam constituir seus sistemas locais de saúde. Descentralização e municipalização tornaram-se sinônimos, do mesmo modo que sistema local e sistema municipal. Ao mesmo tempo, a definição de módulo e de ERSA perdeu o significado que tinha na concepção original, tornando-se, com o SUS, em Distrito de Saúde.

Do ponto de vista da integração interinstitucional, o grande instrumento de gestão, nas fases de implementação do PMS, foram as formas colegiadas propostas pelas AIS (CIS, CRIS, CLIS e CIMS). Do ponto de vista da organização das atividades-meio, as propostas se diferen-

ciaram ao longo das três fases. No primeiro momento, desenvolveu-se a concepção de sistemas autônomos de gerenciamento — daí, a ênfase na criação de sistemas gerenciais para cada um dos módulos propostos. No segundo momento, o modelo gerencial de referência para o planejamento das atividades-meio passou a ser a Programação Orçamentária Integrada (POI), iniciada pelas AIS e desenvolvida no período de implantação do SUDS. Quando surgiu o SUS, os Planos Diretores iriam cumprir esse papel de gerenciamento.

Também quanto aos modelos de programação para as atividades-fim, os períodos caracterizaram-se por diversas definições. Na primeira fase de implementação do PMS, o nível local (módulos) era responsável pela definição do modelo assistencial. No momento do surgimento dos ERSAs, essa atividade passou a ser centralizada, tornando-se uma responsabilidade do Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (CADAIS). Na fase do SUDS, por fim, surgiram os Grupos Especiais de Programação (GEPROs) e o Núcleo de Atenção Integrada (NAI), sob a gerência do CADAIS.

Contradições e limitações

O processo de formulação e implementação do Programa Metropolitano de Saúde correspondeu à adoção de um novo modelo de saúde, não como experiência piloto, mas seguindo um processo de mudança institucional. A nosso ver, isso foi possível pela presença simultânea de uma série de processos e condições favoráveis.

Em primeiro lugar, e externamente ao Estado de São Paulo, a política federal de saúde passou por transformações na primeira metade da década de 80. Apesar da elevada centralização das decisões e dos recursos, o processo de democratização e a crise do setor saúde fizeram avançar, no nível federal, o processo de descentralização, aproximando o discurso oficial e o conteúdo das reivindicações explicitado pelos movimentos, congressos e encontros da área da saúde. As AIS podem ser vistas, então, como uma resposta à essas demandas.

Em segundo lugar, o comportamento do movimento internacional na área de saúde foi também favorável a mudanças, o que auxiliou na formação de novos parâmetros para atuação do setor público. O próprio Banco Mundial — financiador do PMS — esboçava uma concepção radicalmente distinta de sua agenda tradicional, isto é, financiamento de ações tão somente na área de planejamento familiar e de prevenção às endemias.

Em terceiro lugar, foram de grande importância as iniciativas não-governamentais e as pressões dos congressos, dos movimentos e dos seminários da área. Fato dos mais relevantes foi o papel exercido por organizações da comunidade na adoção de novos modelos experimentais (por exemplo, São Matheus) e na própria preparação e formulação do Programa Metropolitano de Saúde. Cabe ressaltar, porém, que o sucesso dessas iniciativas dependeu também da interação entre comunidade e instituições governamentais, mediante a presença de técnicos e sanitaristas da Secretaria na direção dos serviços e em estreita ligação com as entidades comunitárias.

Em quarto lugar, deve-se lembrar que, antes mesmo da emergência do PMS, a Secretaria já passava por um processo de mudança, do qual podem se distinguir dois momentos: a regionalização dos serviços, quando da reforma administrativa de 1967, criando as instâncias de Distrito e Departamento Regional de Saúde (este último concebido como unidade de despesa orçamentária e, portanto, com certa autonomia); e a criação, na gestão de Walter Leser (1975-1979), de instrumentos de programação, que serviram como mecanismos de racionalização das atividades e de avaliação dos serviços, desdobrando-se na institucionalização dos Progra-

mas de Assistência à Saúde do Adulto e da Criança. Os dois momentos constituíram precondições importantes, tanto para o processo de descentralização como para o da incorporação da assistência médica nas atividades da Secretaria, na medida em que fizeram avançar os conteúdos da saúde pública, rompendo com a idéia de atendimentos isolados para portadores de doenças específicas (centro de saúde para tuberculose, hanseníase etc.).

Outro fato importante, ainda no âmbito das mudanças na Secretaria, foi a política de expansão da rede, a partir de 1983, reafirmando as próprias metas do PMS. Cabe lembrar que houve, na gestão de João Yunes (1983-1986), expressivo programa de construções, reformas e reequipamento da rede: foram reformados todos os 17 hospitais públicos do Estado e três dos cinco hospitais especializados; e também reformados e reequipados a quase totalidade dos centros de saúde. Tal programa, entretanto, só foi possível graças ao remanejamento interno de verbas orçamentárias e aos recursos obtidos mediante convênios de equipamentos com a França e a Alemanha e, posteriormente, com o Banco Mundial e o FAS.

Por fim, os sanitaristas da Secretaria desempenharam importante papel e influência no desenho do PMS. De fato, o ingresso desses profissionais na rede pública de saúde, a partir da década de 70, foi ressaltado por vários dirigentes da SES como um dos fatores mais significativos para a introjeção, pela rede, dos princípios do modelo integrador. Outro aspecto importante foi a presença, em período integral, dos sanitaristas em cargos de direção das atividades-fim (centros de saúde, distritos e departamentos), em contato permanente com as reivindicações e demandas das comunidades da periferia. O modelo alternativo de São Matheus se concretizou-se em função desse fato. O PMS, pode-se dizer, é a extensão de São Matheus e, portanto, uma proposta desse grupo de sanitaristas, que esboçou todos os princípios da saúde pública.

A implantação do PMS, contudo, não se fez sem contradições e só conseguiu atingir níveis satisfatórios em apenas alguns dos módulos previstos (NEPP, 1989b). Constatouse que a implementação do novo modelo de assistência, pretendido pelo PMS, dependia em grande parte da ampliação da oferta de serviços públicos em um tipo de construção de centros de saúde - as UBS -, diferentes das existentes no Estado, que requeriam maior extensão de área física, programação funcional adequada à incorporação das cinco clínicas básicas, maior diversificação de equipamentos etc. O sucesso do modelo também dependia dos níveis conseguidos de integração entre a rede básica e o hospital. Essas duas condições ocorreram nos módulos de Mauá e Cotia, pois a reforma dos hospitais já existentes, em ambas as áreas, possibilitou a integração rede básica/hospital logo nos primeiros anos de implementação do PMS. Além disso, não se pode esquecer que em Cotia já havia um projeto integrador, que propiciava até mesmo a formação de recursos humanos (escola de auxiliar de enfermagem e residência médica em Medicina Social).

A análise do PMS evidencia, portanto, a interrelação existente entre a implantação de um novo modelo assistencial, a rede física de serviços e a política de recursos humanos: é impossível modificar o modelo de atendimento sem modificações da rede física e da política de recursos humanos. De fato, a expansão da proposta do PMS para toda a rede da Secretaria ficou limitada pelos seguintes fatores:

- o setor público estadual de saúde, no período 1983-1986, apesar de visar a mudança do modelo e buscar a integralidade das ações e a incorporação do componente assistência médica pelos serviços ambulatoriais públicos, não possuía uma oferta de serviços suficiente para cobrir a população do Estado, pois a grande maioria dos leitos hospitalares eram privados e a rede ambulatorial pública estava desaparelhada para oferecer atendimento médico;

- o INAMPS detinha a hegemonia do atendimento curativo mediante contratos e convênios com serviços privados — e esse tipo de prestação tem sua lógica própria e não visa a integralidade;
- os recursos humanos da SES não estavam capacitados e preparados culturalmente para essas mudanças;
- os recursos financeiros (do Ministério da Previdência, via as AIS, ou do Tesouro Estadual) eram insuficientes para garantir essas mudanças, que, não por acaso, tiveram que contar com auxílio de verbas internacionais.

Apesar desse quadro — que só seria modificado quando da emergência do SUDS/SUS, em 1987-1988 — pode-se afirmar que o PMS serviu como instrumento catalisador do processo de descentralização: provocou a reforma da SES, de 1986, e criou as condições para a rápida implementação do SUS, em São Paulo, além de ter desenvolvido, originalmente, na área metropolitana de São Paulo, os princípios e os objetivos do próprio SUS. Também o modelo de módulo, visando a atenção integral em saúde, antecipava em muito os princípios e os objetivos do SUS e até mesmo as definições de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) da OPS.

PARTE II

O desempenho do sistema estadual de saúde na década de 80

Tratei de reconstituir e analisar na Parte I dessa tese as transformações operadas na política de saúde no plano institucional. Agora, quero ver o outro lado dessa política: seu desempenho efetivo.

Por isso, nesta Parte II, apresento a evolução, na década de 80, da capacidade instalada dos serviços, do ponto de vista ambulatorial e hospitalar, e comparo com o desempenho das redes ambulatorial e hospitalar no Brasil e na região Sudeste. Descrevo também a evolução da produção de serviços (consultas e internações) e o comportamento do emprego em saúde. Por outra parte, relaciono esse desempenho com as mudanças que se processaram na política estadual de saúde.

No Capítulo 5, analiso o comportamento do gasto público em saúde em São Paulo, a evolução na década de 80 das fontes de financiamento e suas inter-relações com as políticas estadual e federal.

No Capítulo 6, apresento um estudo de projeções para a década de 90: projeções de necessidade de consultas e internações, de necessidades monetárias para fazer face às consultas e internações necessárias, de necessidade de ampliação da capacidade física e do rendimento dos serviços. Concluo desenhando os cenários possíveis de desenvolvimento da política de saúde nos anos 90.

Capítulo 4

Capacidade instalada, produção dos serviços e emprego em saúde

A rede física de serviços de saúde expandiu-se enormemente em todo o Brasil na década de 80. Cresceram as unidades sem internação (à taxa de 7,22% ao ano), quase dobrando em nove anos, através de uma expressiva desconcentração regional, com queda da participação relativa da região Sudeste e do Estado de São Paulo no número total de unidades ambulatoriais.

Essa expansão, no Brasil, foi marcada por oscilações no comportamento das redes pública e privada: os ambulatórios públicos cresceram de 1976 a 1984 e de 1987 a 1990 taxas superiores ao dos ambulatórios privados. Porém, de 1981 a 1990, o crescimento da rede privada superou o da rede pública, pois as taxas médias foram de 6,84% e 8,63% ao ano para as duas redes, respectivamente.

Expansão em São Paulo

Em São Paulo o crescimento maior até 1985 foi da rede privada, porém, a partir da segunda metade da década de 80, teve início uma recuperação do investimento público em saúde, principalmente em número de ambulatórios.

Entretanto, vale ressaltar que de 1981 a 1989 a rede ambulatorial cadastrada pela Secretaria Estadual de Saúde cresceu de quase 150%. Os dados, por região de saúde — as Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria —, indicam suficiência de capacidade instalada, em 1989, em termos ambulatoriais, para as cinco Coordenadorias, considerando-se o parâmetro do Programa Metropolitano de Saúde de um ambulatório para cada 20 mil habitantes. Por categoria institucional, os ambulatórios são predominantemente públicos em São Paulo e, em to-

das as Regiões de Saúde, a participação da rede pública é superior a 75%. Os ambulatórios são majoritariamente do tipo unidade básica de saúde; os privados, especialidades.

Quanto à rede hospitalar, pode-se dizer que a mesma pouco se expandiu na década de 80, mantendo-se, sem muita alteração, a relação público/privado do início da década: participação de 10% da rede pública no número total de hospitais. Em São Paulo, como no Brasil, caiu a relação leitos por mil habitantes: a relação foi de 4,00 leitos no Estado de São Paulo, em 1989. A rede pública distribui-se, em 1989, de maneira quase uniforme entre hospitais estaduais e municipais; e a rede privada divide-se de forma quase igual entre as categorias institucionais lucrativa e filantrópica.

Pode-se afirmar, então, que a rede física de serviços de saúde, em São Paulo, expandiu-se de forma semelhante a de todo o Brasil, tendo sido privilegiado o investimento ambulatorial em detrimento do hospitalar.

As razões são decorrentes, em grande medida, do questionamento implícito nas propostas de saúde na década de 80, tanto em nível federal quanto estadual, do modelo hospitalocêntrico.

No Brasil, a expansão da rede ambulatorial pública ocorreu pela implementação dos programas de desenvolvimento da atenção primária (tipo PIASS) que iniciaram a construção de centros de saúde, principalmente no Nordeste.

O crescimento da rede ambulatorial privada, em São Paulo, foi financiado com aportes do FAS, principalmente até 1984: A partir da segunda metade da década de 80, o crescimento do investimento público foi mais significativo, ocasionado pelos programas de construção do Programa Metropolitano de Saúde e da expansão dos equipamentos municipais, impulsionados pela política de municipalização.

Pode-se dizer que o movimento na década de 80 foi de reforço da atenção ambulatorial, com ênfase na desconcentração regional.

A seguir, veremos o desempenho das redes ambulatorial e hospitalar na década de 80 no Estado de São Paulo¹.

A rede ambulatorial

A rede ambulatorial, em todo o Brasil, expandiu-se enormemente no período compreendido entre 1981 e 1990: o número de ambulatórios passou de 15.420 para 28.883, ou seja,

-
1. As informações acerca da capacidade instalada dos serviços de saúde são provenientes das seguintes fontes:
AMS/IBGE. Inquérito de assistência médico-sanitária;
SES/CIS. Cadastro de estabelecimentos de saúde;
SES/CIS. Boletim de produção dos serviços.

O *Inquérito de assistência médico-sanitária* é um censo anual de todos os estabelecimentos de saúde do país e vem sendo realizado desde 1976. O *Cadastro de estabelecimentos de saúde* e os *Boletins de produção dos serviços* apresentam dados discrepantes quando comparados com os produzidos pela AMS/IBGE. Essa discrepância pode ser atribuída ao uso de critérios diferentes na coleta de informações. Além disso, as constantes mudanças na estrutura administrativa da Secretaria Estadual de Saúde, ao longo da década de 80, afetaram o trabalho da produção de informações. Cabe ressaltar, também, que no final dos anos 80, depois da unificação dos serviços com a criação do SUDS/SUS em São Paulo, as informações passaram a ser coletadas através de instrumentos diversos, ainda não compatibilizados. Refiro-me aos Boletins e Cadastros de diferentes níveis: federal, estadual e municipal. A ausência de informações padronizadas dificultou o trabalho de comparação e

apresentou em nove anos um crescimento de quase 90%. Entretanto, a região Sudeste e o Estado de São Paulo, em particular, não acompanharam esse crescimento. O número de ambulatórios, nessa região, no mesmo período, apresentou um crescimento da ordem de 40%: 7.303, em 1981, e 10.340, em 1987 (Tabela 4.1).

Tabela 4.1
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO
HOSPITALAR POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL, REGIÃO SUDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO
1981-1990

Ano	Local	Categoria institucional								
		TOTAL			Público			Privado		
		nº	%	% Total	nº	%	% Total	nº	%	% Total
1981	Brasil	15.420	100,00	100,00	12.293	100,00	79,72	3.127	100,00	20,28
	Sudeste	7.303	47,36	100,00	5.279	42,94	72,29	2.024	64,73	27,71
	São Paulo	3.663	23,75	100,00	2.327	18,93	63,53	1.336	42,72	36,47
1982	Brasil	16.819	100,00	100,00	13.528	100,00	80,43	3.291	100,00	19,57
	Sudeste	7.749	46,07	100,00	5.609	41,46	72,38	2.140	65,03	27,62
	São Paulo	3.853	22,91	100,00	2.446	18,08	63,48	1.407	42,75	36,52
1983	Brasil	18.971	100,00	100,00	15.299	100,00	80,64	3.672	100,00	19,36
	Sudeste	8.264	43,56	100,00	5.954	38,92	72,05	2.310	62,91	27,95
	São Paulo	4.019	21,18	100,00	2.527	16,52	62,88	1.492	40,63	37,12
1984	Brasil	20.691	100,00	100,00	16.816	100,00	81,27	3.875	100,00	18,73
	Sudeste	8.498	41,07	100,00	6.070	36,10	71,43	2.428	62,66	28,57
	São Paulo	3.937	19,03	100,00	2.407	14,31	61,14	1.530	39,48	38,86
1985	Brasil	22.294	100,00	100,00	15.607	100,00	70,01	6.687	100,00	29,99
	Sudeste	8.615	38,64	100,00	5.236	33,55	60,78	3.379	50,53	39,22
	São Paulo	3.885	17,43	100,00	1.913	12,26	49,24	1.972	29,49	50,76
1987	Brasil	25.388	100,00	100,00	18.471	100,00	72,75	6.917	100,00	27,25
	Sudeste	9.466	37,29	100,00	6.112	33,09	64,57	3.354	48,49	35,43
	São Paulo	4.123	16,24	100,00	2.162	11,70	52,44	1.961	28,35	47,56
1990	Brasil	28.883	100,00	100,00	22.293	100,00	76,96	6.590	100,00	22,81
	Sudeste	10.340	36,00	100,00	7.213	32,35	69,75	3.127	47,45	30,24
	São Paulo	4.380	15,16	100,00	2.583	11,58	58,97	1.797	27,26	41,02

FONTE: IBGE/AMS.

inviabilizou a montagem de séries históricas.

Para a avaliação da capacidade instalada dos serviços de saúde, utilizamos os seguintes parâmetros:

- os fixados pela Portaria do INAMPS nº 3.046/82;
- os previstos pelo Programa Metropolitano de Saúde (PMS) da Secretaria de Saúde;
- os definidos pela SES no Manual de Planejamento, que orientou em 1988 a elaboração dos Planos Diretores dos SUDS-Regionais.

Esses parâmetros, entretanto, são de caráter universal e por isso mesmo não contemplam aspectos relacionados a hábitos culturais, diferenças regionais, características sócio-econômicas, quadro nosológico etc. A despeito desse conjunto de ressalvas, é possível fornecer um quadro da capacidade instalada dos serviços de saúde.

No Estado de São Paulo, a rede ambulatorial cresceu 19,5% ao longo do período 1981-1990: passou de 3.663 ambulatorios, em 1981, a 4.380, em 1990. Esses dados indicam que a rede ambulatorial no Estado de São Paulo não atingiu a metade do crescimento verificado na região Sudeste e foi quase quatro vezes menor do que aquele verificado no país como um todo. A consequência desse fato foi a queda na participação relativa da região Sudeste e do Estado de São Paulo no número total de ambulatorios. Em 1981, a região Sudeste detinha quase 50% do número total de ambulatorios e o Estado de São Paulo quase 25%. Em 1990, a região Sudeste detinha apenas 36% e o Estado de São Paulo, somente 15%.

Tais fatos corroboram as conclusões de pesquisas anteriores que detectavam um forte movimento de desconcentração regional de estabelecimentos de saúde, no Brasil, entre 1976 e 1986².

A distribuição do número total de ambulatorios entre setor público e privado também sofreu alterações no período compreendido entre 1981 e 1990. Em 1981, 80% dos ambulatorios eram públicos e 20% privados, em todo o Brasil, em 1990 a relação era 77% públicos contra 23% privados (Tabela 4.1). Cabe assinalar que o grande salto de crescimento dos ambulatorios privados ocorreu no período 1984-1987. Antes desse período, o crescimento da rede ambulatorial pública foi bem mais expressivo, por conta, inclusive, das políticas de saúde de nível federal, como o PIASS, por exemplo, que incentivava, principalmente no Nordeste, a construção de unidades básicas de saúde. A partir de 1987, o crescimento da rede pública passou a ser mais expressivo, tendo em vista sobretudo a política de municipalização.

No Estado de São Paulo houve relativo crescimento da rede ambulatorial pública e privada de 1981 a 1990: a rede pública cresceu 11% e a rede privada, mais de 30%. Cabe salientar que o crescimento da rede privada, principalmente até 1984, esteve ligado aos aportes de recursos do FAS aos grupos de medicina privada. Entretanto, a partir de 1986 iniciou uma forte recuperação dos investimentos ambulatoriais públicos em São Paulo, sendo que esses dados ainda não aparecem com toda intensidade na AMS de 1990, mas sim nos levantamentos realizados pela Secretaria Estadual de Saúde.

Desta forma, a participação das redes pública e privada, em São Paulo, alterou-se: em 1981, 63% dos ambulatorios eram públicos e 37% privados; em 1990, 59% eram públicos e 41% privados, como mostra a Tabela 4.1.

São Paulo apresentou, em 1987, um ambulatório para cada 7.600 habitantes, bastante acima do padrão de referência do Programa Metropolitano de Saúde, que é um ambulatório para cada 20 mil habitantes. Na rede pública a relação é de um ambulatório para cada 14.480 habitantes, na rede privada, um para cada 15.964 habitantes.

Pelo Centro de Informações de Saúde (CIS), da Secretaria Estadual de Saúde, houve um crescimento no número de estabelecimentos sem internações, no período de 1980 a 1987, de quase 60% e, no período de 1980 a 1989, de quase 150%. É verdade que o grande incremento ocorreu de 1987 a 1989 (quase 65%), superando, em dois anos, o crescimento dos sete anos anteriores, como mostra a Tabela 4.2. A mesma Tabela também revela que o crescimento do número de ambulatorios foi bastante significativo a partir de 1985³.

2. FUNDAP. Relatório sobre as características da rede de serviços de saúde — estudo de condições e políticas de saúde no Brasil, 1989.

3. Conforme informações da própria SES, foram construídos mais de 150 ambulatorios no período 1983-1987. Foram entregues, até o final de 1990, 166 novas unidades básicas de saúde — são 60 UBS do Programa Metropolitano de Saúde (construídas a partir de 1984), 54 UBS financiadas pelo FAS (construídas a partir de 1983). No governo Montoro foram entregues 82 UBS; no governo Quéricia, 139 (até fins de 1990).

Dos 3.358 ambulatórios registrados pelo CIS/SES, em 1989, 25% localizaram-se na Grande São Paulo e o restante no Interior. A distribuição pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) era a seguinte: 25%, na CRS-1 (Grande São Paulo); 16%, na CRS-2 (Presidente Prudente); 18%, na CRS-3 (Ribeirão Preto); 24%, na CRS-4 (Campinas); e 17%, na CRS-5 (Litoral e Vale do Paraíba).

Em 1989, considerando a rede pública e a privada, na CRS-1 há um ambulatório para cada 20.069 habitantes; na CRS-2, um para cada 5.418 habitantes; na CRS-3, um para cada 5.667; na CRS-4, um para cada 7.008; na CRS-5, um para cada 5.921. Em todas as Coordenadorias Regionais há indicadores de suficiência de capacidade ambulatorial (Tabela 4.3). Entretanto, o problema reside na distribuição espacial desses estabelecimentos e em sua capacidade de atendimento.

Tabela 4.2
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS
DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO
INFORMANTES DA SECRETARIA ESTADUAL DE
SAÚDE
1980-1989

Anos	Unidades informantes +	
	Nº informantes	Evolução
1980	824	100,00
1985	1.095	132,89
1987	1.307	158,62
1988	1.423	172,69
1989	2.141	247,69

FONTE: CIS/Boletins de Produção, 1980-1989.

Tabela 4.3
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS
DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO,
PARTICIPANTES DO CONVÊNIO SUDS,
POR MICRO-REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
ESTADO DE SÃO PAULO
1989

Local	Categoria institucional		TOTAL	%	População nº/estabelecim.
	Público	Privado			
CRS-1	84,95	15,05	844	25,13	20.069
CRS-2	86,59	13,41	522	15,54	5.418
CRS-3	77,80	22,20	599	17,84	5.667
CRS-4	87,07	12,93	812	24,18	7.080
CRS-5	89,50	10,50	581	17,30	5.921
TOTAL	85,23	14,77	3.358	100,00	9.634

FONTE: CIS/Cadastro, ago. 1989.

A relação público/privado, em 1989, referente ao número de ambulatórios, em cada CRS, é a seguinte: na CRS-1 há a maior participação da rede pública (90% de ambulatórios públicos) e, na CRS-3, a menor (78%). Esse dado mantém coerência com a política da SES ao concentrar o investimento em rede física na região da Grande São Paulo, desde o início da década de 80. Como exemplo dessa política podemos citar o próprio Programa Metropolitano de Saúde.

Por tipo de ambulatórios, quase 70% são unidades básicas de saúde, 20%, ambulatórios de especialidades e 10%, de outros tipos, em todo o Estado de São Paulo, em 1989. Do total de ambulatórios públicos, 80% são UBS, 12%, ambulatórios de especialidades e 8%, outros, em todo o Estado. Na rede privada, ocorre o inverso, 11% são UBS, 70%, ambulatórios de especialidades e 20%, outros (Tabela 4.4). É nítida, portanto, a preferência da rede ambulatorial privada pelo ambulatório de especialidades, optando, assim, por um tipo de assistência diferenciada, em que os serviços poderão ser inclusive melhor remunerados.

Por Coordenadorias Regionais a relação entre UBS e ambulatório de especialidades varia significativamente: na CRS-1, há maior número de UBS e menor de especialidades (76% e 13%, respectivamente); na CRS-3, há um maior número de ambulatórios de especialidades (30%) e menor de UBS (60%). Tal distribuição é coerente com a distribuição anterior entre público e privado, pois onde há maior concentração de ambulatórios públicos, predomina o tipo UBS; onde há menor participação de público e, portanto, maior de privados, aumenta a participação dos ambulatórios de especialidades.

A rede hospitalar

A rede hospitalar pouco se expandiu no Brasil de 1981, a 1990: cresceu de 6.342 hospitais para 6.791, não atingindo 10% de expansão. Na região Sudeste e no Estado de São Paulo, o aumento foi menor ainda de 6% e 8%, respectivamente, no período assinalado. A participa-

Tabela 4.4
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE SEM INTERNAÇÃO,
PARTICIPANTES DO CONVÊNIO SUDS,
SEGUNDO TIPO, MACRO-REGIÃO E CATEGORIA INSTITUCIONAL
ESTADO DE SÃO PAULO
1989

Local	Categoria institucional												+
	Público				Privado				TOTAL				
	Total	UBS	Amb. Esp.	Outros	Total	UBS	Amb. Esp.	Outros	Total	UBS	Amb. Esp.	Outros	
nº	%	%	%	nº	%	%	%	nº	%	%	%		
CRS-1	717	84,80	10,60	4,60	127	26,77	29,92	43,31	844	76,07	13,51	10,43	
CRS-2	452	84,73	9,73	5,53	70	7,14	78,57	14,29	522	74,33	18,97	6,70	
CRS-3	466	74,03	15,02	10,94	133	6,02	81,95	12,03	599	58,93	29,88	11,19	
CRS-4	707	81,05	11,03	7,92	105	3,81	78,10	18,10	812	71,06	19,70	9,24	
CRS-5	520	71,15	17,88	10,96	61	4,92	88,52	6,56	581	64,20	25,30	10,50	
TOTAL	2.862	79,63	12,61	7,76	496	10,89	68,15	20,97	3.358	69,48	20,82	9,71	

FONTE: CIS/Cadastro, ago. 1989.

UBS = Unidade Básica de Saúde.

Amb. Esp. = Ambulatório de Especialidade.

ção no número total de hospitais da região Sudeste e do Estado de São Paulo se manteve, com ínfima alteração, no período analisado.

Por outro lado, em 1981, em todo o Brasil, 80% da rede hospitalar era privada e 20% pública; em 1990, cresceu a participação da rede pública para quase 23% e decresceu a privada para 77% (Tabela 4.5).

No Estado de São Paulo, em 1981, dos 990 hospitais, 92% eram privados e 8% públicos; em 1990, dos 1.077 hospitais, 80% são privados e 20%, públicos. O crescimento dos hospitais públicos em São Paulo foi fato recente (ocorrido a partir de 1987), e foi impulsionado pelo crescimento da rede hospitalar municipal.

Em número de leitos a expansão maior foi também nos hospitais públicos, pela expansão, inclusive, de leitos em hospitais já existentes.

A relação entre leitos públicos e privados se manteve para todo o Brasil — relação de 25% e 75%, respectivamente, — no período considerado (Tabela 4.6).

Tabela 4.5
DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL, REGIÃO SUDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO
1981-1990

Ano	Local	Categoria institucional								
		TOTAL			Público			Privado		
		nº	%	% Total	nº	%	% Total	nº	%	% Total
1981	Brasil	6.342	100,00	100,00	1.322	100,00	20,85	5.020	100,00	79,15
	Sudeste	2.399	37,83	100,00	329	24,89	13,71	2.074	41,31	86,45
	São Paulo	990	15,61	100,00	85	6,43	8,59	905	18,03	91,41
1982	Brasil	6.495	100,00	100,00	1.400	100,00	21,56	5.095	100,00	78,44
	Sudeste	2.437	37,52	100,00	324	23,14	13,30	2.113	41,47	86,70
	São Paulo	996	15,33	100,00	91	6,50	9,14	905	17,76	90,86
1983	Brasil	6.680	100,00	100,00	1.450	100,00	21,71			
	Sudeste	2.467	36,93	100,00	336	23,17	13,62			
	São Paulo	993	14,87	100,00	91	6,28	9,16			
1984	Brasil	6.861	100,00	100,00	1.547	100,00	22,55	5.314	100,00	77,45
	Sudeste	2.484	36,20		347	22,43	13,97	2.137	40,21	86,03
	São Paulo	995	14,50	100,00	95	6,14	9,55	900	16,94	90,45
1985	Brasil	6.678	100,00	100,00	1.469	100,00	22,00	5.209	100,00	78,00
	Sudeste	2.362	35,37	100,00	322	21,92	13,63	2.040	39,16	86,37
	São Paulo	923	13,82	100,00	88	5,99	9,53	835	16,03	90,47
1987	Brasil	7.062	100,00	100,00	1.703	100,00	24,11	5.359	100,00	75,89
	Sudeste	2.400	33,98	100,00	344	20,20	14,33	2.056	38,37	85,67
	São Paulo	957	13,55	100,00	99	5,81	10,34	858	16,01	89,66
1990	Brasil	6.791	100,00	100,00	1.538	100,00	22,64	5.253	100,00	77,35
	Sudeste	2.555	37,62	100,00	513	33,35	20,07	2.042	38,87	79,92
	São Paulo	1.077	15,85	100,00	222	18,43	20,61	855	16,27	79,38

FONTES: IBGE/AMS.

Em número de leitos, a região Sudeste e o Estado de São Paulo detinham, respectivamente, 53,8% e 26,3% de participação no número total de leitos/Brasil, em 1981. Em 1987, a participação caiu para 50,6% e 24,3%, respectivamente.

Cabe salientar que o número total de leitos caiu de 1981 a 1987, no Brasil, na região Sudeste, e no Estado de São Paulo, de 1,7% e 8%, respectivamente.

Na região Sudeste, em 1981, a relação era de 24% de leitos públicos para 76% de leitos privados; em 1988, ela passou para 17% e 83%, respectivamente.

A concentração de leitos por mil habitantes no Brasil era de 3,86, em 1985, sendo 1,00 público e 2,86 privado. Essa relação caiu para 3,67, em 1987. No Sudeste a relação era de 4,66, em 1985, e caiu para 4,26, em 1987 (Tabela 4.7).

No Estado de São Paulo ela foi de 4,17, em 1985, 4,19, em 1987 e 4,00, em 1988. Cabe salientar que os indicadores são altos, bem acima do parâmetro fixado pelo INAMPS de 1,8 leitos por mil habitantes.

A distribuição dos estabelecimentos com internação, participantes do Convênio SUDS, em 1989, indica que dos 872 hospitais existentes no Estado, 31% localizam-se na CRS-1; 19%, na CRS-2; 17%, na CRS-3; 21%, na CRS-4; e 12%, na CRS-5. A relação público/privado

Tabela 4.6
DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL, REGIÃO SUDESTE E SÃO PAULO
1981-1990

Ano	Local	Categoria institucional						+
		TOTAL		Público		Privado		
		nº	%	nº	%	nº	%	
1981	Brasil	522.769	100,00	124.866	23,89	397.903	76,11	
	Sudeste	281.470	100,00	64.293	22,84	217.177	77,16	
	São Paulo	137.924	100,00	25.858	18,75	112.066	81,25	
1982	Brasil	530.501	100,00	127.580	24,05	402.921	75,95	
	Sudeste	284.871	100,00	64.161	22,52	220.710	77,48	
	São Paulo	140.008	100,00	26.081	18,63	113.927	81,37	
1983	Brasil	534.055	100,00	127.521	23,88	406.534	76,12	
	Sudeste	286.462	100,00	63.978	22,33	222.484	77,67	
	São Paulo	141.388	100,00	25.575	18,09	115.813	81,91	
1984	Brasil	538.721	100,00	127.537	23,67	411.184	76,33	
	Sudeste	288.469	100,00	62.890	21,80	225.579	78,20	
	São Paulo	143.203	100,00	25.583	17,86	117.620	82,14	
1985	Brasil	506.667	100,00	131.375	25,93	375.292	74,07	
	Sudeste	274.892	100,00	72.944	26,54	201.948	73,46	
	São Paulo	123.045	100,00	19.122	15,54	103.923	84,46	
1987	Brasil	519.698	100,00	115.842	22,29	403.856	77,71	
	Sudeste	263.090	100,00	50.608	19,24	212.482	80,76	
	São Paulo	129.803	100,00	21.210	16,34	108.593	83,66	
1988	São Paulo	126.715	100,00	21.694	17,12	105.021	82,88	
1990	Brasil	533.558	100,00					
	São Paulo	125.386	100,00					

FONTI: IBGE/AMS.

do, em número de hospitais, por Coordenadoria Regional de Saúde é de 17% e 83% na CRS-1, onde ocorre a maior participação de hospitais públicos, e 3% e 34%, na CRS-3, onde a participação da rede pública é a menor. Cabe lembrar a grande concentração de hospitais públicos na região da Grande São Paulo, tanto federais, quanto estaduais e municipais.

Por tipo de hospital, o SUDS registra, para 1989, no Estado de São Paulo, 83% de hospitais gerais e 17% de hospitais especializados.

Por categoria institucional se mantém a mesma tendência: 78% dos hospitais públicos são gerais e 84% dos hospitais privados são gerais. Por CRS, há a maior participação de hospitais gerais na CRS-3 (90%), e a menor na CRS-2, 81%.

Para 1989, dos hospitais privados, no Estado de São Paulo, 44% são lucrativos; 48% filantrópicos e 8% não-lucrativos; dos hospitais públicos, 11% são federais, 45% estaduais e 44% municipais. Cabe salientar a alta participação dos hospitais municipais, quase igual, em número, aos estaduais, devido inclusive à expressiva rede hospitalar da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de São Paulo.

O coeficiente de leito por mil habitantes é maior na CRS-3 (7,22) e menor na CRS-1 (2,87). Entretanto, mesmo o menor coeficiente é bastante superior ao parâmetro de 1,8 leitos por mil habitantes, fixado pelo nível federal. Entretanto, os 2,87 leitos por mil habitantes da Região Metropolitana de São Paulo estão mal distribuídos, sendo alta a concentração de leitos hospitalares na área central do município de São Paulo.

A produção dos serviços de saúde

Expandiu-se significativamente o número de consultas na década de 80, no Brasil, na região Sudeste e no Estado de São Paulo. Em 1990, as ofertas superaram o parâmetro de 2,8 consultas por habitante/ano, no Brasil e no Estado de São Paulo.

No Estado de São Paulo, o crescimento foi devido à expansão das consultas realizadas pelo setor público, sendo que, desde 1984, foi crescente a participação do setor conveniado do INAMPS, na oferta total de consultas, e a partir de 1987, cresceu o número de consultas ofertadas pela Secretaria Estadual de Saúde.

Tabela 4.7
LEITOS POR 1.000 HABITANTES POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL REGIÃO SUDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO
1985-1988

Ano	Local	Categoria institucional					
		TOTAL		Público		Privado	
		nº	Leitos/1.000 habitantes	nº	Leitos/1.000 habitantes	nº	Leitos/1.000 habitantes
1985	Brasil	506.667	3,86	131.375	1,00	375.292	2,86
	Sudeste	274.892	4,66	72.944	1,24	201.948	3,42
	São Paulo	123.045	4,17	19.122	0,65	103.923	3,52
1987	Brasil	519.698	3,67	115.842	0,82	403.856	2,86
	Sudeste	263.090	4,26	50.608	0,82	212.482	3,44
	São Paulo	129.803	4,19	21.210	0,69	108.593	3,51
1988	São Paulo	126.715	4,00	21.694	0,69	105.021	3,32

FONTE: IBGE/AMS.

As coberturas por tipo de programas, do sistema SUDS/SUS são superiores a 50% para as consultas de urgência e emergência, sendo menores para os demais programas (Criança, Mulher e Adulto), variando de 35 a 45%. Em termos regionais, as coberturas mais baixas ocorrem na região da Grande São Paulo.

O número de internações, na década de 80, mantém-se acima do parâmetro de 0,116 internações por habitante/ano.

A seguir, as tendências acima apontadas serão vistas em detalhe⁴.

Consultas

Em 1985, das 277.568.724 consultas realizadas no país, 55,8% foram realizadas na região Sudeste, e 32% no Estado de São Paulo, atingindo uma cobertura de 2,11 consultas habitantes/ano para o Brasil, 2,63 para a região Sudeste, e 3,01 para o Estado de São Paulo. Cabe salientar que somente o Estado de São Paulo supera o parâmetro do INAMPS de 2,8 consultas por habitante/ano. Dessas 277,5 milhões de consultas realizadas no Brasil, em 1985, 51% foram ofertadas pelo setor público; na região Sudeste, 43% foram ofertados pelo setor público, e no Estado de São Paulo, 32% (Tabela 4.8).

Já em 1990, conforme a Tabela 4.9, as consultas realizadas, no Brasil, atingem 803.590.375, subindo a cobertura para 3,60 consultas habitantes/ano. O Estado de São Paulo responde por quase 30% desse total de consultas e o indicador no Estado sobe para 4,2 consultas habitante/ano.

No Brasil as participações do setor público e privado, no total de consultas, mantiveram-se inalteradas entre 1985 a 1990. No Estado de São Paulo, ao contrário, inverteu-se a participação do público e privado no total de consultas: o setor público, em 1985 respondeu por 32% e, em 1990, por 62% do total de consultas ofertadas.

No que se refere ao parâmetro de consultas/habitante/ano, o aumento de 1985 a 1990 no número de consultas por habitante/ano foi significativo, passando de 3,0 a 4,2. O aumento maior ocorre no indicador de cobertura do setor público — em 1985, o indicador para o setor público era de 0,96 consultas habitante/ano e, em 1990, passa para 1,80.

Os dados fornecidos pelo INAMPS referentes às consultas realizadas no Estado de São Paulo, de 1980 a 1987, mostram um crescimento expressivo no número total de consultas: de 54 milhões, em 1980, atingiu 82 milhões, em 1987. O parâmetro consulta habitante/ano média, no período, é de 2,4 consultas, atingindo índices maiores em 1984 e 1987.

Por tipo de consulta, como mostra a Tabela 4.10, é ascendente a participação das consultas de urgência e emergência no total de consultas (de 30,93%, em 1980, para 48,61%, em

4. As fontes utilizadas no trabalho foram:

AMS/IBGE. Inquérito de assistência médico-sanitária;

SES/CIS. Boletim de Produção dos Serviços (1980-1989);

SES/CIS/GTP/SCO. Sistema de Controle Orçamentário (1988-1989);

dados primários do INAMPS, sistematizados pela Fundação SEADE (1980-1987);

SEADE. Anuário estatístico do Estado de São Paulo.

Cabe salientar que os dados provenientes da Secretaria de Saúde, referentes ao SUDS-SP, em 1988 e 1989, apresentam discrepâncias, decorrentes da dificuldade de, em um curto espaço de tempo, padronizar os instrumentos de coleta das diferentes fontes informantes do sistema SUDS (a própria Secretaria, o INAMPS, o nível municipal e o setor privado, conveniado e contratado). Os parâmetros utilizados foram extraídos dos órgãos normatizadores das ações de saúde: INAMPS (parâmetros fixados pela portaria nº 3.046, de 1982); Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (fixados pelo Manual de Planejamento do CADAIS, de 1988, e pelo Programa Metropolitano de Saúde da SES, de 1987).

1987); as de clínicas especializadas são descendentes (de 41,82%, em 1980, para 13,03%, em 1987); de clínica geral (clínica médica e serviço de pronto-atendimento) são também ascendentes no total de consultas (de 27,25%, em 1980, para 38,36%, em 1987).

Por tipo de prestador, como mostra a Tabela 4.11, há uma diminuição da participação, no total de consultas, daquelas prestadas pelo próprio INAMPS (de 19,10%, em 1980, para 11,8%, em 1987), e um ascenso na forma conveniada, que eleva sua participação, no total de consultas de 44,80%, em 1980, para quase 60%, em 1987. Cabe salientar que, nos conveniados do INAMPS, estão os órgãos públicos — governo, universidades, entidades filantrópicas, sindicatos e outros — e que a política implementada pelo INAMPS com as AIS, a partir de 1984, foi de incentivar tanto os órgãos públicos quanto o setor filantrópico. Por isso mesmo, a participação do setor contratado (o setor privado lucrativo) cresce até 1984 e declina a partir desta data (50,7% do total de consulta, em 1984, é oferecido pelos contratos do INAMPS e, em 1987, somente 30,8%).

O desempenho da Secretaria Estadual de Saúde, na década de 80, quanto à evolução do número de consultas básicas realizadas pelas unidades básicas de saúde, é marcado também por um movimento ascendente, confirmando a tendência já apontada anteriormente de incremento das consultas ofertadas pelo setor público, no Estado, revelada pelos dados da AMS/IBGE.

Houve no período 1980-1989, pelos dados da SES, um crescimento de quase 350% no indicador consulta médica/habitante/ano, para a Grande São Paulo, de quase 300%, para o interior do Estado, e de quase 300%, para o Estado como um todo (Tabela 4.12). Ou seja, o crescimento maior, em número de consultas, ocorreu na Região Metropolitana de São Paulo.

Tabela 4.8
DISTRIBUIÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL, REGIÃO SUDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO
1985-1990

Ano	Local	Categoria institucional					
		Público		Privado		TOTAL	
		nº	%	nº	%	nº	%
1985	Brasil	143.251.251	100,00	134.317.473	100,00	277.568.724	100,00
	Sudeste	66.673.422	46,54	88.217.437	65,68	154.890.859	55,80
	São Paulo	28.333.040	19,78	60.628.946	45,14	88.961.986	32,05
1987	Brasil	198.336.773	100,00	254.389.217	100,00	452.725.990	100,00
	Sudeste	183.381.714	92,46	159.479.116	62,69	342.860.830	75,73
	São Paulo	77.431.614	39,04	108.354.889	42,59	185.786.503	41,04
1990	Brasil	560.258.516	100,00	243.331.869	100,00	803.590.375	100,00
	São Paulo	144.967.729	62,24	87.926.895	37,75	2.328.946.214	100,00

FONTE: IBGE/AMS.

Tabela 4.9
CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE/ANO,
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
BRASIL, REGIÃO SUDESTE E ESTADO DE SÃO PAULO
1985-1990

Ano	Local	Categoria institucional					
		Público		Privado		TOTAL	
		nº	Conc.	nº	Conc.	nº	Conc.
1985	Brasil	143.251.251	1,09	134.317.473	1,02	277.568.724	2,11
	Sudeste	66.673.422	1,13	88.217.437	1,50	154.890.859	2,63
	São Paulo	28.333.040	0,96	60.628.946	2,05	88.961.986	3,01
1987	Brasil	198.336.773	1,40	254.389.217	1,80	452.725.990	3,20
	Sudeste	183.381.714	2,97	159.479.116	2,59	342.860.830	5,56
	São Paulo	77.431.614	2,50	108.354.889	3,50	185.786.503	6,00
1990	Brasil	560.258.516	1,40	243.331.865	1,30	803.590.375	3,60
	São Paulo	144.967.729	1,80	87.926.895	2,40	232.894.624	4,20

FORTE: IBGE/AMS.

Tabela 4.10
DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS
POR TIPO DE CLÍNICA — INAMPS
ESTADO DE SÃO PAULO
1980-1987

Consultas	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
CONSULTAS MÉDICAS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Urgência/Emergência	30,93	35,53	39,98	50,29	50,78	44,55	47,55	48,61
Clínica Geral*	27,25	43,94	41,10	33,61	33,58	39,18	38,03	38,36
Clínicas Especializadas	41,82	20,53	18,92	16,10	15,64	16,28	14,42	13,03

FORTE: INAMPS/SEADE.

* Clínica geral inclui clínica médica e serviço de pronto-atendimento.

Tabela 4.11
DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS
POR TIPO DE PRESTADOR — INAMPS
ESTADO DE SÃO PAULO
1980-1987

Consultas	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
CONSULTAS MÉDICAS*	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Próprios	19,10	17,40	16,70	12,60	11,90	13,60	13,70	11,80
Contratados	36,10	40,60	43,70	52,90	50,70	44,90	41,80	30,80
Conveniados	44,80	42,00	39,60	34,50	37,20	41,60	44,50	57,80

FORTE: INAMPS/SEADE.

* Consultas médicas incluem consultas de urgência/emergência, clínica geral e clínica especializada.

Tabela 4.12
 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS PRODUZIDAS EM PROGRAMAS BÁSICOS
 NA REDE PÚBLICA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE,
 INCREMENTO E CONCENTRAÇÃO DE ATIVIDADE NA POPULAÇÃO
 DO ESTADO DE SÃO PAULO, CAPITAL E INTERIOR
 1980-1989

Anos	Grande São Paulo				Interior				Estado de São Paulo			
	nº de Consultas*	% Incrém.	Conc. CM/hab.	% Incrém.	nº de Consultas*	% Incrém.	Conc. CM/hab.	% Incrém.	nº de Consultas*	% Incrém.	Conc. CM/hab.	% Incrém.
1980	1.399.343	—	0,11	—	3.005.666	—	0,24	—	4.405.009	—	0,18	—
1985	3.226.783	130,59	0,21	90,91	5.612.574	86,73	0,40	66,67	8.839.357	100,67	0,30	66,67
1987	4.479.419	220,11	0,28	154,55	8.078.766	168,78	0,55	129,17	12.558.185	185,09	0,41	127,78
1988	9.108.567	550,92	0,55	400,00	14.057.872	367,71	0,93	287,50	23.166.439	425,91	0,93	287,50
1989	8.256.313	490,01	0,49	343,12	14.496.926	382,32	0,94	291,90	22.753.240	416,53	0,70	290,73

FONTE: CIS/Boletins de Produção, 1980-1989.

FUNDAP. Programa Decenal de Saúde, 1990.

* Excluídas as consultas emitidas para atestados, laudos e carteiras.

Quanto ao desempenho do sistema de saúde, tem-se, para 1988 e 1989, segundo o SCO/GTP/SES, uma diminuição do número total de consultas, no Estado de São Paulo — de 152,6 milhões, em 1988, para 86,1 milhões, em 1989. Tal fato explica-se mais pelas dificuldades dos órgãos da SES em consolidarem as informações de todo o sistema SUS (tendo em vista que pressupõe recolher e padronizar as diferentes fontes informantes do sistema), do que por uma inflexão no movimento ascendente da década de 80. Entretanto, os dados revelam uma mudança na participação público/privado: o público que só detinha 16% do total de consultas realizadas em 1988, passa a responder, em 1989, por 51% do total. No privado o movimento é o inverso. Por isso mesmo, a concentração por habitante/ano é ascendente para o atendimento realizado pelo setor público (de 0,78, em 1988, para 1,37, em 1989).

Ressalte-se também que há uma duplicação, no Estado, nesses dois anos, no que se refere ao número de internações e um aumento de quase 200% no número de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT).

Conforme Tabela 4.13, o sistema SUS, em 1988, realizou 47 milhões de consultas no Estado de São Paulo, nos quais foi bastante insignificante a participação do setor conveniado, não alcançando 10% sobre o total de consultas. Não constam informações sobre o setor contratado.

Tabela 4.13
DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS POR TIPO DE PROGRAMA
ESTADO DE SÃO PAULO
1988

		Urgência/ Emerg.	Saúde da Criança	Saúde da Mulher	Saúde do Adulto	Clínica Espec.	Saúde Mental	TOTAL
SUDS		83,02	97,05	88,23	89,62	86,09	97,40	89,25
Conveniado	Filantr.	14,31	0,57	1,05	1,74	3,99	0,23	4,57
	Univers.	1,65	1,47	2,82	2,08	5,55	1,89	2,48
	Sindic.	0,51	0,53	7,67	5,45	1,66	0,48	2,77
	Empresa	0,50	0,37	0,23	1,10	2,71	0,00	0,93
TOTAL		10.657.363	10.277.912	5.270.989	12.093.945	7.476.974	1.285.883	47.063.066

FONTE: SCO/GTP, 1988.

Tabela 4.14
DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS POR TIPO DE PRESTADOR
ESTADO DE SÃO PAULO
1988

		Urgência/ Emerg.	Saúde da Criança	Saúde da Mulher	Saúde do Adulto	Clínica Espec.	Saúde Mental	TOTAL
SUDS		21,07	23,75	11,07	25,81	15,33	2,98	42.002.563
Conveniado	Filantr.	70,90	2,74	2,57	9,77	13,87	0,14	2.151.461
	Univers.	15,03	12,97	12,75	21,59	35,57	2,08	1.167.343
	Sindic.	4,18	4,15	31,04	50,64	9,52	0,47	1.301.769
	Empresa	12,22	8,76	2,72	30,31	45,98	0,01	439.930
TOTAL		22,64	21,84	11,20	25,70	15,89	2,73	47.063.066

FONTE: SCO/GTP, 1988.

Por tipo de programa, do total de consultas realizadas no Estado, em 1988, pelo SUS, 25,7% foram feitas na atividade Saúde do Adulto e 22,6% em urgência e emergência, sendo essas duas atividades responsáveis por quase 60% do total de consultas (Tabela 4.14). Seguem-se Saúde da Criança (21,8%), e clínicas especializadas (15,8%).

Por tipo de prestador, observa-se que houve uma distribuição diferenciada no oferecimento de consultas por programa: 70,9% das consultas do setor filantrópico são em urgência e emergência; 35,5% das consultas do setor universitário (hospitais universitários) são em clínicas especializadas; 50,6% das consultas dos sindicatos são em Saúde do Adulto e 45,9% das consultas do setor empresa são em clínicas especializadas (Tabela 4.14).

Quase 90% do total de consultas, em 1988, foram de responsabilidade do setor público, mas esse dado diverge dos números anteriores de participação do setor privado no total de consultas. É sabido que houve uma diminuição grande da participação do setor contratado e conveniado, a partir do SUS, principalmente em 1989. Mas tal diminuição não deve ter ocorrido de forma a representar somente 10% do total de consultas, sendo que tal fato deve explicar-se, como já foi salientado, por um não recolhimento de toda a informação do setor contratado e conveniado. Entretanto, as Tabelas são importantes, no sentido de revelarem as atividades, segundo programas, preponderantes por tipo de prestador, o que demonstra coerência: o setor conveniado, principalmente hospitais universitários, por serem de tipo terciário e quaternário, oferecem um maior número de consultas especializadas; da mesma forma, as empresas médicas também cobrem com maior ênfase as clínicas especializadas, o que vem a confirmar a linha de atuação que passou a ser adotada por esse tipo de prestador (dado que esse tipo de clínica, por envolver alto número de SADT, pode ser remunerada de forma mais satisfatória pelo próprio SUS); os sindicatos continuam a atuar mais em Saúde do Adulto, e o setor filantrópico concentra suas atividades em consultas de urgência e emergência, o que é coerente com a sua performance ao longo da década de 80, quando era parte do sistema INAMPS.

A reconstituição histórica da participação dos prestadores na oferta de consultas no Estado pode ser vista na Tabela 4.15. Não foi possível, por falta de informações consistentes, con-

Tabela 4.15
CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE/ANO,
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
ESTADO DE SÃO PAULO
1980-1989

Anos	INAMPS				SES	SES e INAMPS	SUDS			Público	Privado
	Próp.	Contr.	Conv.	Total			Contr./ Conv.	Púb.	Total		
1980	0,42	0,81	1,05	2,25	0,18	2,43	—	—	—	—	—
1981	0,38	0,81	1,05	2,24	—	—	—	—	—	—	—
1982	0,36	1,04	0,84	2,24	—	—	—	—	—	—	—
1983	0,32	1,37	0,93	2,62	—	—	—	—	—	—	—
1984	0,32	1,36	1,10	2,78	—	—	—	—	—	—	—
1985	0,34	1,12	1,05	2,51	0,30	2,81	—	—	—	0,96	2,05
1986	0,32	1,00	1,16	2,48	—	—	—	—	—	—	—
1987	0,30	0,08	1,59	2,69	0,41	3,00	—	—	—	2,50	3,50
1988	—	—	—	—	0,74	—	—	—	4,85	0,78	4,07
1989	—	—	—	—	0,70	—	—	—	2,66	1,37	1,30

FONTE: AMS/IBGE.
INAMPS/SEADE.
CIS/SES.

templar as informações referentes a todo o sistema SUS, e mesmo os dados de concentração consulta/habitante/ano para a SES só foram reconstituídos para cinco anos da década de 80. Entretanto, os dados revelam que o movimento na década é levemente ascendente, sendo que em 1985 a soma das consultas realizadas pelo INAMPS e a SES atinge o indicador de suficiência de 2,8 consultas/habitante/ano. Por outro lado, é significativa a perda de importância do setor privado frente ao setor público, a partir do SUS. Entretanto, esse movimento já é perceptível no INAMPS, tendo em vista que a oferta de consultas do setor privado contratado não se expande de forma expressiva no período 1984-1987. Na verdade, deve ter ocorrido, na década, um processo de desvinculação de segmentos da medicina privada frente ao sistema previdenciário. Acredita-se que, no final da década, menos de 50% dos estabelecimentos privados sejam contratados e/ou conveniados do INAMPS.

Em relação à cobertura dos programas de saúde, nas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde, levando-se em consideração os parâmetros de necessidade, pode-se afirmar: na CRS-1 (Grande São Paulo) a cobertura maior refere-se ao atendimento de consultas para urgência e emergência (quase 85%); nas consultas do Programa da Criança a cobertura é de 41,1%; para as consultas ginecológicas e obstétricas do Programa da Mulher, a cobertura é de 32,8%; no Programa do Adulto só se realizam 21% das consultas necessárias e é insignificante a cobertura odontológica frente às necessidades (Tabela 4.16). Para as demais Coordenadorias Regionais cabem as seguintes observações: a cobertura odontológica é sempre abaixo de 10%; a cobertura no Programa da Criança na CRS-2 é de 75,9% e na CRS-3, 69,5%. A menor cobertura deste programa, como já foi visto, é na região de saúde compreendida pela Grande São Paulo. Para o Programa do Adulto as coberturas na CRS-2, na CRS-3 e na CRS-4 situam-se acima de 50% frente às necessidades; para urgência/emergência a cobertura, na CRS-5, atinge quase os níveis encontrados na CRS-1; no Programa da Mulher, estão acima de 50% as coberturas na CRS-2, na CRS-3 e na CRS-4.

Para as Coordenadorias Regionais como um todo, observa-se: só é superior a 60% a cobertura para urgência e emergência; a cobertura para o Programa da Criança é de quase 50%; o Programa da Mulher atinge somente 41,5% das necessidades de consultas e as do Programa de Saúde do Adulto, só 36,3%. Cabe salientar que apesar da distribuição de consultas, em 1980, entre Saúde da Criança e Saúde do Adulto, no total de consultas, ser próxima a 24% e 26%, respectivamente, deverão ser intensificados os esforços no Programa do Adulto. É pequena a participação da população menor de 14 anos no total da população do Estado.

Tabela 4.16
COBERTURA DOS PROGRAMAS DA REDE PÚBLICA
DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE,
POR TIPOS DE CONSULTA E POR MICRO-REGIÃO
ESTADO DE SÃO PAULO
1988

Macro-região	Odonto (%)	Criança (%)	Adulto (%)	Urg./emerg. (%)	Gineco (%)
CRS-1	1,90	41,19	21,42	84,71	32,84
CRS-2	6,13	75,97	66,17	21,81	57,92
CRS-3	6,02	69,59	52,33	47,69	55,07
CRS-4	4,35	45,58	52,30	42,05	52,77
CRS-5	4,81	57,99	42,59	77,25	38,26
TOTAL	3,45	49,94	36,34	66,88	41,52

FONTE: SCO/GTP, 1988.

Obs: Parâmetro SES.

Cabe salientar que a razão da dependência, que mede a participação da população menor de 15 anos sobre a população entre 15 e 60 anos, encontra-se em forte declínio para o Estado de São Paulo (foi de 52,4% em 1990 e, segundo Projeção SEADE, será de 40,6%, no ano 2000). Isso demonstra que deverão ser intensificados os esforços, daqui para frente, em Programas de Saúde do Adulto, dadas os aumentos significativos que ocorrerão nas necessidades de cobertura para essa faixa etária.

Pode-se dizer então que para o Estado como um todo são baixas, ainda, as taxas de cobertura por programas de saúde. Quando analisa-se regionalmente, percebe-se o grau de carência da área metropolitana de São Paulo. Se analisarmos somente o atendimento para Saúde da Criança, onde os esforços da área pública concentraram-se, vê-se que ainda não atingem 50% das necessidades, sendo as maiores coberturas as da CRS-2, da CRS-3 e da CRS-5, em ordem decrescente, e as mais baixas a da CRS-1, que compreende a área metropolitana, seguido da CRS-4 (cobertura de 41% e 45%, respectivamente).

Internações

As internações realizadas pelo INAMPS, em São Paulo, de 1980 a 1987, concentraram-se em clínica geral, sendo que a média/ano, no período considerado, é de 70% de internações em clínica geral e 30% em clínica especializada (Tabela 4.17). Ao longo desses sete anos, como mostra a Tabela 4.18, a participação do setor contratado do INAMPS foi sempre superior a 70%, exceto em 1987, quando ocorreram substancial redução na participação do setor contratado e grande elevação do setor conveniado (a participação no total das internações do setor contratado decaiu de 79,8%, em 1986, para 47,8%, em 1988; a do setor conveniado subiu de 19,6%, em 1986, para 45%, em 1987).

Da mesma forma do ocorrido em consultas, a política do INAMPS na segunda metade da década de 80 foi no sentido de não privilegiar o setor privado lucrativo na compra de serviços, coerente com as determinações enunciadas, desde 1982, no discurso e nas políticas implementadas por esse órgão. O número de internações por mil habitantes de 1980 a 1987 mantém-se ao redor de 0,12, acima do parâmetro do próprio INAMPS de 0,116 (Tabela 4.19).

Os dados da Secretaria Estadual informam, para 1987 e 1989, um crescimento da participação do setor conveniado: a participação do setor conveniado no total das internações foi de 45%, em 1987, proporção que se eleva para 71% em 1989. Como a participação, dos hospitais públicos e universitários, no total de internações, ainda não atingira 10%, em 1989, é provável que seja alta a participação do setor filantrópico, na rede conveniada.

Para 1987, os hospitais gerais do Estado (segundo CIS/SES) internavam 11,6% da população, atingindo, portanto, o parâmetro de 0,116. O interior supera esse parâmetro, sendo que na CRS-2 há alto índice de internações (0,20). Surpreendentemente, é nessa mesma região de saúde que se tem um dos índices mais baixos de leitos gerais por mil habitantes (0,9)⁵. Cabe salientar que os dados referentes a leitos por mil habitantes, nesse capítulo, só consideram os leitos em hospitais gerais e, por isso mesmo, o índice para todo o Estado de São Paulo é de 2,5 inferior ao de 4,02, apresentado no item anterior deste capítulo sobre a capacidade instalada dos serviços de saúde. O interior apresenta um coeficiente de 3,3 leitos gerais por mil habitantes, o município de São Paulo de 2,0 e a Grande São Paulo de 1,9, ou seja, a menor relação ocorre na área metropolitana de São Paulo.

5. Para leitos totais por mil habitantes, o coeficiente da CRS-2 é de 6,07. Ver item sobre Capacidade Instalada dos Serviços de Saúde, neste capítulo.

Tabela 4.17
 INTERNAÇÕES DA CLIENTELA DO INAMPS
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1980-1987

Internações	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Clínica Geral	2.920.587	3.209.726	3.273.597	3.168.853	3.405.401	3.096.123	2.762.044	2.864.123
Clínica Especializada	99.635	107.306	105.899	51.698	95.634	98.451	106.699	107.150
TOTAL	3.020.222	3.317.032	3.379.496	3.220.551	3.501.035	3.194.574	2.868.743	2.971.273

FONTE: INAMPS/SEADE.

Tabela 4.18
 DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES,
 POR TIPO DE PRESTADOR — INAMPS
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1980-1987

Prestador	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Próprios	0,60	0,60	0,60	0,80	0,70	0,90	1,00	1,00
Contratados	76,60	77,20	77,60	76,60	76,60	74,10	73,80	47,80
Conveniados	24,80	22,30	21,80	34,50	37,20	41,60	44,50	57,80

FONTE: INAMPS/SEADE.

Tabela 4.19
 INTERNAÇÕES — INAMPS
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1980-1987

Anos	Total de internaç.	Internaç./1.000 Hab.
1980	3.020.222	0,12
1981	3.317.034	0,13
1982	3.375.456	0,13
1983	3.260.551	0,12
1984	3.501.035	0,12
1985	3.194.574	0,11
1986	2.892.743	0,10
1987	2.971.273	0,10

FONTE: INAMPS/SEADE.

Tabela 4.20
 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO MÉDIA ANUAL
 NOS PROGRAMAS BÁSICOS
 (POR UBS NA REDE PÚBLICA)
 INFORMANTE DO SISTEMA DE PRODUÇÃO DA SES
 1980-1989

Anos	Nº de unidades	Consultas médicas/ano	Cons. méd./ano média/unidade
1980	824	4.405.009	5.346
1985	1.095	8.839.357	8.072
1987	1.307	12.558.185	9.608
1988	1.423	23.166.439	16.280
1989	2.041	22.753.240	11.148

FONTE: CIS/SES.

Quanto à distribuição de leitos por mil habitantes por CRS e por categoria institucional, cabem as seguintes observações: a rede filantrópica é importante no interior do Estado, principalmente CRS-3 e na CRS-2 (coeficientes de 5,11 e 3,63 leitos por mil habitantes, respectivamente); a rede lucrativa possui coeficientes próximos do parâmetro INAMPS (1,8) na CRS-5, e é mais expressiva do que a rede filantrópica na Região Metropolitana de São Paulo. Os hospitais públicos distribuem-se de forma mais homogênea pelo Estado, sendo expressiva a participação dos hospitais de nível federal e municipal na Grande São Paulo.

Por último, é importante frisar os dados referentes aos programas de prevenção. As coberturas referentes às vacinas contra a Pólio, Tríplice, o Sarampo e BCG, no Estado, superam 100%, tendo ocorrido um descenso generalizado nos índices de cobertura para 1984 e 1985.

Finalmente, quanto aos indicadores de rendimento da rede de serviços da Secretaria Estadual, os mesmos revelam que houve na década de 80 um ascenso do número de consultas médicas/ano por unidade de prestação de serviços, tendo sido alcançado a maior média —

16.280 consultas por unidade — em 1988. Entretanto, esse número está bem abaixo do parâmetro máximo de produção de uma UBS que deve ser de 96 mil consultas/ano⁶ (Tabela 4.20).

O emprego em saúde

A distribuição dos profissionais do setor saúde, por natureza de emprego tanto na área pública, como na privada, apresenta um comportamento semelhante quando se compara Brasil, região Sudeste e São Paulo, no período de 1981 a 1987. O volume maior de emprego concentrava-se no nível de qualificação elementar, vindo em seguida o nível superior, onde o peso maior era de empregos médicos, e em terceiro lugar o nível médio, tanto para o país, como para o Sudeste e Estado de São Paulo.

Considerando-se a participação do setor público e setor privado, pode-se verificar que em 1981 o primeiro detinha 47% dos empregos do setor saúde, no Brasil, ficando o setor privado responsável por 53%. Já no Estado de São Paulo, o setor público respondia por aproximadamente 36%, enquanto o privado por 64% do total do emprego. Entretanto, em 1987, a proporção dos profissionais de saúde, no setor público, foi de 51%, no Brasil, e 49%, em São Paulo.

Esses dados nos permitem observar que a participação do emprego do setor público em saúde aumentou *vis-à-vis* ao do setor privado no período considerado. Esse crescimento ocorre de forma mais acelerada a partir de 1985, conforme pode ser visto na Tabela 4.21.

De fato, conforme nos referimos anteriormente, o aumento do nível de emprego no setor deve-se, em grande parte, ao incremento do nível superior. Este crescimento deve-se à evolução do emprego odontológico e, especialmente, do emprego médico.

Ao se analisar o emprego médico no Estado de São Paulo, pode-se observar que embora o setor privado tenha uma participação maior no volume total de emprego, em termos tendenciais, esta participação se mostra declinante, apontando, em contrapartida, para uma tendência crescente da participação relativa do setor público. Em 1981 o setor público detinha 33,62% do emprego médico, enquanto o privado detinha 66,38%. No entanto, o que se verifica até 1987 é um crescimento significativo do emprego médico público, chegando a representar 40,73 do emprego desses profissionais no referido ano, enquanto o setor privado expanda-se menos, sendo sua participação no volume total de empregos do Estado da ordem de 59% (Tabela 4.22).

O esforço do setor público em aumentar o emprego médico foi bastante superior ao do setor privado. Enquanto no primeiro o emprego médico cresceu em torno de 53%, no setor privado cresceu apenas em 13% (Tabela 4.23).

Esse resultado sugere uma preocupação do governo no sentido de fazer aumentar a disponibilidade de médicos na esfera pública, o que é consistente com a política de saúde, na década de 80.

Quando se analisa a composição dos empregos do nível superior, verifica-se que em 1987 o emprego médico tanto do setor público quanto do setor privado correspondia a 70%

6. Cálculo: $8 \times 12 \times 4 \times 250 = 96.000$

Número de consultórios: 8

Horas de funcionamento: 12

Consultas/hora: 4

Dias de funcionamento/ano: 250.

Tabela 4.21
 EVOLUÇÃO DO EMPREGO NO SETOR SAÚDE,
 POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
 BRASIL E ESTADO DE SÃO PAULO
 1981-1987

Anos	Brasil			São Paulo		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
1981	100	100	100	100	100	100
1983	119,60	103,66	111,21	112,89	104,84	107,71
1985	129,46	116,60	122,65	106,44	112,69	110,46
1987	150,46	123,79	136,33	137,24	119,54	125,86

FONTE: IBGE/AMS.

Tabela 4.22
 EMPREGOS MÉDICOS POR TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1981-1987

Anos	Tipo de estabelecimento				TOTAL	
	Público		Privado		nº	%
	nº	%	nº	%		
1981	15.273	33,62	30.157	66,38	45.430	100,00
1985	18.544	34,79	34.756	65,21	53.300	100,00
1986	21.365	39,29	33.012	60,71	54.377	100,00
1987	23.426	40,73	34.085	59,27	57.511	100,00

FONTE: IBGE/AMS.

IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1989.

Tabela 4.23
 EVOLUÇÃO DOS EMPREGOS MÉDICOS,
 POR TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1981-1987

Anos	Público	Privado	TOTAL
1981	100,00	100,00	100,00
1985	121,42	115,25	117,32
1986	139,89	109,47	119,69
1987	153,38	113,03	126,59

FONTE: IBGE/AMS.

+

Tabela 4.24
 PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR NÍVEIS
 E PESSOAL ADMINISTRATIVO OCUPADO,
 POR TIPO DE ESTABELECIMENTO
 E CLASSIFICAÇÃO DA ENTIDADE MANTENEDORA
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1987

Nível	TOTAL				Estabelecimento						
	Público		Privado		Com internação				Sem internação		
	%	nº	%	nº	Público		Privado		Público		Privado
				%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
Total sup.	100,00	35.582	100,00	45.163	100,00	16.285	100,00	30.730	100,00	19.297	14.433
Médicos	65,84	23.426	75,47	34.085	62,80	10.227	77,70	23.877	68,40	13.199	10.208
Enferm.	12,51	4.453	7,17	3.236	18,37	2.992	9,80	3.013	7,57	1.461	223
Odontólogo	8,38	2.982	7,01	3.167	2,80	456	1,77	545	13,09	2.526	2.622

FONTE: IBGE/AMS.

Obs: Pessoal ocupado em um ou mais estabelecimentos.

dos empregos totais no referido nível. Os enfermeiros e odontólogos corresponderam a aproximadamente 21% do total do nível superior, no setor público, e 14% no setor privado.

Ao se distribuírem os empregos do nível superior pelos estabelecimentos com e sem internação, verifica-se que do total de emprego de nível superior do setor público, 46% estão nos estabelecimentos com internações, e 54% nos sem internações. No setor privado, dos empregos de nível superior, 68% se encontram nos estabelecimentos com internação, isto é, hospitais, e 32% nos estabelecimentos sem internação.

Esses resultados sugerem a inclinação do setor privado para a área hospitalar, enquanto o setor público tem uma distribuição mais equitativa entre os estabelecimentos com e sem internação (Tabela 4.24).

A evolução do número de consultas por médico no setor público e no setor privado nos permite inferir algumas indicações: em relação à totalidade das consultas médicas por emprego médico no Estado de São Paulo, verifica-se um crescimento significativo do número de consultas de 1985 (1.186,27 CM/EM) para 1986 (1.654,59 CM/EM). No entanto de 1986 para 1987, embora cresça o emprego médico em São Paulo o número de consultas cresce pouco, acarretando uma diminuição da relação CM/EM para 1.612,49.

Ao se observar os resultados da relação CM/EM pelos estabelecimentos públicos e privados, a primeira constatação que emerge é que o setor privado realiza mais consultas por médico que o setor público. É interessante notar que mesmo quando o número de empregos médicos diminui, de 1985 para 1986, no setor privado, o número de consultas médicas cresce expressivamente aumentando a relação CM/EM. Isto pode ocorrer pelo aumento da jornada de trabalho do médico no setor privado e/ou a diminuição do tempo de consulta por paciente. Esses dados são, portanto, insuficientes para se tirar um parâmetro efetivo de produtividade. No setor público, o volume de consulta, por emprego médico, praticamente se mantém entre 1986 e 1987, situando-se em torno de 1412,88 CM/EM (Tabela 4.25).

Tabela 4.25
CONSULTAS E EMPREGOS MÉDICOS,
POR TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
1985-1987

Anos		Tipo de estabelecimento		
		Público	Privado	TOTAL
1985	Empregos médicos	18.544	34.756	53.300
	Consultas médicas	21.818.394	41.409.998	63.228.392
	Relação CM/EM	1.176,57	1.191,45	1.186,27
1986	Empregos médicos	21.365	33.012	54.377
	Consultas médicas	30.380.646	59.591.006	89.971.652
	Relação CM/EM	1.421,98	1.805,13	1.654,59
1987	Empregos médicos	23.426	34.085	57.511
	Consultas médicas	33.098.213	59.637.775	92.735.988
	Relação CM/EM	1.412,88	1.749,68	1.612,49

FONTE: IBGE/AMS.

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil, 1989.

Quanto ao quadro pessoal da Secretaria Estadual de Saúde, este expande-se para 50%, entre 1984-1989. O número de médicos cresceu substancialmente, dobrando no mesmo período, portanto, a participação desta categoria no quadro de pessoal da Secretaria (Tabela 4.26).

O crescimento dos recursos humanos da Secretaria ocorre, fundamentalmente, quando da descentralização dos recursos financeiros de nível federal para nível estadual (que se inicia com as AIS e se expande com o SUDS). A descentralização dos recursos federais (da Previdência) propicia uma agilização na contratação de pessoal em regime de CLT. Verifica-se que o Pessoal CLF/L 500, de 1984 a 1989, decresce de 36%, enquanto que o contrato de pessoal CLT cresce, no mesmo período, de 1.680%. Este crescimento foi acelerado a partir de 1987, com o advento do SUDS. Pode-se dizer que houve uma mudança radical na forma contratual da Secretaria: enquanto em 1984, a proporção de pessoal CLF, na SES, era de 35% e de CLT, 5%; em 1989, o pessoal CLF passa a representar 41% e de CLT, 59% (Tabela 4.27).

Os empregos médicos estão assim distribuídos pelos órgãos da Secretaria: em 1989, o nível central absorveu 3,9% do total de funcionários; os ERSAs, 91%; os Institutos, 2,3%; e outros órgãos, 2,8%. Pode-se também verificar que 95% dos médicos contratados em regime CLT encontram-se alocados nos ERSAs. Isto significa que o crescimento do quadro de médicos veio em apoio ao processo de descentralização dos serviços de saúde representado pelos ERSAs.

A distribuição do quadro de pessoal, pelas CRS, expressa a descentralização dos serviços. De fato, as CRS do interior tiveram um grande crescimento de pessoal CLT, em relação à capital e à Grande São Paulo (CRS-1), embora o aumento do pessoal CLT, na CRS-1, também tenha sido expressivo. Pode-se observar que em 1989, nas CRS do interior, a proporção de CLT era da ordem de 85%; na CRS-1 de 41%.

A distribuição do pessoal da SES, pelo grau de escolaridade, é bastante homogêneo em todas as CRS, tanto do pessoal CLT como CLF.

A distribuição de médicos por CRS e a relação médicos/mil habitantes pode ser visto na Tabela 4.28.

A alocação de pessoal CLT da Secretaria, por local de trabalho, apresenta uma consistência, na medida em que praticamente 50% encontram-se nos centros de saúde, em todas as CRS, exceto na CRS-5, onde a concentração maior ocorre em hospitais. Dos 15.919 funcionários alocados nos Centros de Saúde, praticamente todos encontram-se na atividade fim, sendo que apenas 779 aparecem na categoria administrativa, nos referidos postos.

Tabela 4.26
EVOLUÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL
DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
1984-1989

Quadro de pessoal	Anos			
	1984	1985	1986	1989
TOTAL	100	107	127	149
Médicos	100	—	107	205
Pessoal CLF/L500	100	107	112	64
Pessoal CLT (AIS/SUDS)	100	115	180	1.680

FONTE: SEADE/FUNDAP/NEPP.

Tabela 4.27
 EMPREGOS MÉDICOS EM REGIME DE CLF E CLT
 NA SECRETARIA DE SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1989

Regime	Órgão de nível central			SUDS-R ^a			Institutos			Outros ^b			TOTAL	
	Emp. médico	%	%	Emp. médico	%	%	Emp. médico	%	%	Emp. médico	%	%	Emp. médico	%
CLF	290	77,54	5,28	4.839	55,43	88,13	188	87,04	3,42	174	65,66	3,17	5.491	100,00
CLT	84	22,46	2,05	3.891	44,57	95,04	28	12,96	0,68	91	34,34	2,22	4.094	100,00
TOTAL	374	100,00	3,90	8.730	100,00	91,08	216	2,25	2,25	265	100,00	2,76	9.585	100,00

FONTE: APL-DI/PRODESP. Folha de Pagamento Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo, dez. 1989.

FUNDAP. Programa Decenal de Saúde, 1990.

a. Esta categoria inclui: SUDS-R (administração, centros de saúde, hospitais, ambulatórios e laboratórios).

b. Esta categoria inclui o Hospital Emílio Ribas, o Departamento Psiquiátrico II do Hospital das Clínicas e a Administração Superior do C. Ref. Trein. AIDS.

Tabela 4.28
NÚMERO DE MÉDICOS
POR HABITANTES E POR CRS
1989

	Médicos	Médicos/pop. em 1.000 hab.
CRS-1	5.678	2,98
CRS-2	765	3,70
CRS-3	807	4,21
CRS-4	703	8,17
CRS-5	777	0,57
TOTAL	8730	

FONTE: APL-DI/PRODESP. Folha de Pagamento da
Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo,
dez. 1989.
FUNDAÇÃO. Programa Decenal de Saúde.

A segunda maior concentração por local de trabalho, na SES, é no setor de Administração. O crescimento de pessoal, nas áreas administrativas da SES, pode ser um reflexo da mudança da política de saúde que, ao introduzir a descentralização, exigiu reforço de pessoal tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, para a estruturação dos antigos ERSAs.

Vale enfatizar em caráter conclusivo, que a despeito dos problemas existentes, a política de recursos humanos, praticada pela SES, reforçou o processo de descentralização dos serviços, aumentou seu quadro de pessoal em regime CLT, e concentrou os profissionais inclusive os de nível superior, nos centros de saúde e na estrutura gerencial dos serviços.

Cabe salientar que as tendências da área de recursos humanos só foram possíveis de ocorrer a partir do incremento de recursos alcançados com as AIS/SUDS e, portanto, ao crescimento dos recursos FUNDES no período.

Em suma, a partir das AIS/SUDS é que foi possível a agilização da contratação de pessoal CLT, pela SES, de maneira a permitir um aumento de quase 50% na disponibilidade de pessoal, entre 1984 e 1989.

Desempenho do setor público: dois períodos

Como vimos, a década de 80 em São Paulo foi marcada por expansões significativas na rede instalada de serviços, principalmente no nível ambulatorial, na produção de consultas e no emprego público em saúde (priorizando as estruturas descentralizadas), refletindo, portanto, as políticas de novo tipo implementadas no Estado e as políticas federais de cunho descentralizantes.

Por outro lado, a década pode ser subdividida em dois períodos quanto ao desempenho do setor público: de 1980 a 1985, com poucas mudanças na evolução da rede, tendo em vista que os investimentos iniciados ainda nesse período só iriam aparecer em anos posteriores; e de 1985 a 1989, em que São Paulo apresentaria indicadores mais significativos, por conta dos investimentos do período anterior, das políticas federais (SUDS/SUS) e do estímulo à municipalização.

Entretanto, esse crescimento esteve aquém do verificado no Brasil e na região Sudeste. É interessante esse aspecto porque talvez confirme, inclusive para a política de saúde, um grau

intrínseco de redistributividade nas ações federais. Em outras palavras, na distribuição dos recursos federais na década de 80, é possível que os Estados de outras regiões tenham sido privilegiados, o que propiciou crescimentos mais significativos na rede instalada de serviços nesses Estados.

O crescimento da rede privada em termos ambulatoriais foi mais significativo no Estado, mesmo com todas as políticas de incentivo ao setor público, revelando que talvez esteja em São Paulo um dos mercados mais promissores para o desenvolvimento da medicina supletiva.

Por outro lado, houve uma mudança expressiva da participação das três esferas de governo no total de serviços públicos, no âmbito ambulatorial: em 1990, quase 70% dos ambulatorios públicos são municipais no Estado, contra apenas 30%, em 1985, sendo que caiu principalmente a participação da esfera estadual, de mais de 50%, em 1985, para pouco mais de 30%, em 1990.

Quanto à distribuição por tipo de ambulatório, confirma-se a tendência natural de privilegiamento na rede privada pelo ambulatório de especialidades, e por unidades básicas de saúde na rede pública.

Chama a atenção ainda o enorme esforço do setor público na produção de serviços, superando inclusive o setor privado, no final da década de 80, na participação no total de consultas ofertadas no Estado. Este fato liga-se ao expressivo crescimento do emprego público em saúde, principalmente de médicos.

Por último, assinala-se o ainda baixo grau de cobertura dos programas de saúde, principalmente na Região Metropolitana, porém com mudanças significativas: atualmente a participação das consultas na Saúde do Adulto é a segunda depois das consultas de urgência e emergência, o que configura uma mudança no perfil de atividades dos ambulatorios públicos.

Capítulo 5

O gasto público em saúde

Este capítulo tem como objetivo analisar o perfil de financiamento e gasto das ações públicas de saúde no Estado de São Paulo na década de 80, destacando o impacto provocado pelos grandes investimentos realizados pelo Programa Metropolitano de Saúde e pelas transferências de recursos federais (principalmente no período SUDS/SUS), nesse perfil de financiamento e na alocação desses gastos¹.

Como se sabe, as fontes de recursos da SES são provenientes basicamente do Tesouro Estadual e de transferências da União. Como entidades financiadoras mais importantes, distinguem-se o Ministério da Saúde, o Fundo Nacional de Saúde, a Secretaria Especial do Meio Ambiente, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Outra fonte de recursos é aquela proveniente das receitas auferida por algumas unidades da SES através da prestação de serviços.

1. As informações básicas para o presente trabalho foram obtidas a partir de quatro fontes:

- Balanço Geral do Estado (BGE);
- Informes do Grupo Técnico de Planejamento da Secretaria da Saúde (GTP-SES);
- Tabela de Conversão da CPO — sistema de relatórios de homogeneização de séries históricas de dados de execução orçamentária, que se constitui em instrumento interno de trabalho da Coordenadoria de Programação Orçamentária da Secretaria de Economia e Planejamento (CPO-SEP);
- Estatísticas do Sistema de Contabilidade da Previdência (DATAPREV).

Os quadros financeiros foram trabalhados a preços reais em cruzados novos de 1989, tendo por base de correção a média anual do IGP-DI da FGV-RJ. Os dados apresentados, em dólar, tiveram uma correção prévia em cruzados novos a preços médios de 1988 pelo IGP-DI, para então convertê-los em dólar médio de 1988.

Destaquem-se ainda os recursos provenientes do convênio entre a SES e o INAMPS, para a viabilização do Centro de Integração de Atividades Médicas (CIAM)², na década de 70. Através deste convênio a SES recebeu recursos financeiros do INAMPS para despesas com contratação de pessoal; para o credenciamento de pessoal em Centros de Saúde; para realização de exames laboratoriais (Adolfo Lutz); para encargos administrativos legais trabalhistas; e para outras despesas. Entretanto, a participação desses recursos no orçamento da Secretaria foi inexpressiva, não atingindo 3% do orçamento da SES em 1979.

Assinale-se, por último, os recursos oriundos do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), criado para ser um instrumento de captação de recursos de origem extra-orçamentária e, portanto, sujeitos a normas mais ágeis de gasto. Entretanto, esses recursos só se tornaram significativos quando do empréstimo do BIRD para o Programa Metropolitano de Saúde e da implantação de Ações Integradas de Saúde (AIS) em São Paulo, a partir de 1984.

Baixos índices de produção (1975-1984)

Ao longo da década de 70, a quase totalidade (mais de 90%) dos recursos da SES foram provenientes do Tesouro Estadual. Por outro lado, os recursos da SES mantiveram uma posição relativamente estável na evolução da despesa total do Estado, ocorrendo uma queda no início dos anos 80 e uma recuperação expressiva a partir de 1986 (Tabela 5.1).

Porém, quando se observa o índice de evolução da despesa da SES de 1970 a 1985, constata-se um crescimento moderado mas constante até 1980, com expressiva queda a partir deste ano, ocorrendo uma recuperação muito lenta, a partir de 1984, sendo importante destacar que o índice de gasto de 1985 é inferior ao de 1975 (Tabela 5.2).

O gasto em saúde, entretanto, inclui, ainda, aquele realizado no Estado pelos órgãos da Administração Indireta³. Observa-se uma acentuada queda a partir de 1980, como ocorreu com o gasto da Administração Direta, e um percentual de participação (no gasto total do Estado) semelhante ao da Administração Direta (em torno de 3%). Cabe salientar que também na Administração Indireta mais de 80% dos recursos provêm do Tesouro Estadual.

O gasto de saúde inclui, ainda, os gastos do INAMPS, em São Paulo: estes foram crescentes, atingindo, em média, mais da metade do total dos gastos realizados pela SES no período compreendido entre 1975-1984. Segundo Wohland (1983),

enquanto o INAMPS aumenta sua despesa na prestação de serviços de saúde, a Secretaria apresenta baixos índices de evolução, ficando muito aquém do programa de saúde no seu conjunto, o que coloca em questão o próprio papel da Secretaria como órgão responsável pela elaboração e execução da política estadual de saúde.

Dessa forma, até a segunda metade da década de 80, as principais características no perfil de financiamento e gasto da Secretaria Estadual foram a sua dependência quase exclusiva dos recursos do Tesouro Estadual e a constante e baixa participação desse gasto na despesa total do Estado.

2. O CIAM foi criado pelo decreto nº 52.790, de 20/8/1971, tendo como finalidade administrar a execução de convênio entre o Ministério do Trabalho e da Previdência Social, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o governo do Estado de São Paulo, através da SES, para integração de serviços médicos assistenciais.

3. Fundação Centro de Pesquisa de Oncologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Superintendência de Controle de Endemias e Fundação para o Remédio Popular.

Tabela 5.1
PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS
DA SES NAS DESPESAS
DO ESTADO DE SÃO PAULO
1970-1985

(Em mil de 1986)

	Evolução da desp. total do Estado	Evolução da desp. total da SES	Partic. rel. da Saúde	Partic. da Adm. Ind. na desp. total do Estado
1970	49.941.273	1.458.179	2,92	
1971	49.196.264	1.713.146	3,48	
1972	54.774.796	1.994.833	3,64	
1973	63.857.675	2.207.927	3,46	
1974	69.879.041	2.759.616	3,95	
1975	59.240.382	3.066.466	5,18	
1976	78.764.909	2.795.088	3,55	
1977	75.789.859	2.659.585	3,51	
1978	84.325.447	3.038.094	3,60	
1979	84.319.763	3.014.028	3,57	
1980	78.263.087	2.606.607	3,33	3,46
1981	76.028.212	2.743.029	3,61	3,27
1982	78.862.830	2.567.245	3,26	2,87
1983	66.270.986	2.278.982	3,44 ^a	3,21
1984	65.038.034	2.268.715	3,49 ^b	4,60
1985	79.994.080	3.042.512	3,80 ^c	

FONTE: FUNDAP

Relatório de Atividades da SES.

a. A participação FUNDES/AIS (Rec. Fed.) foi de 0,04%.

b. A participação FUNDES/AIS (Rec. Fed.) foi de 0,04%.

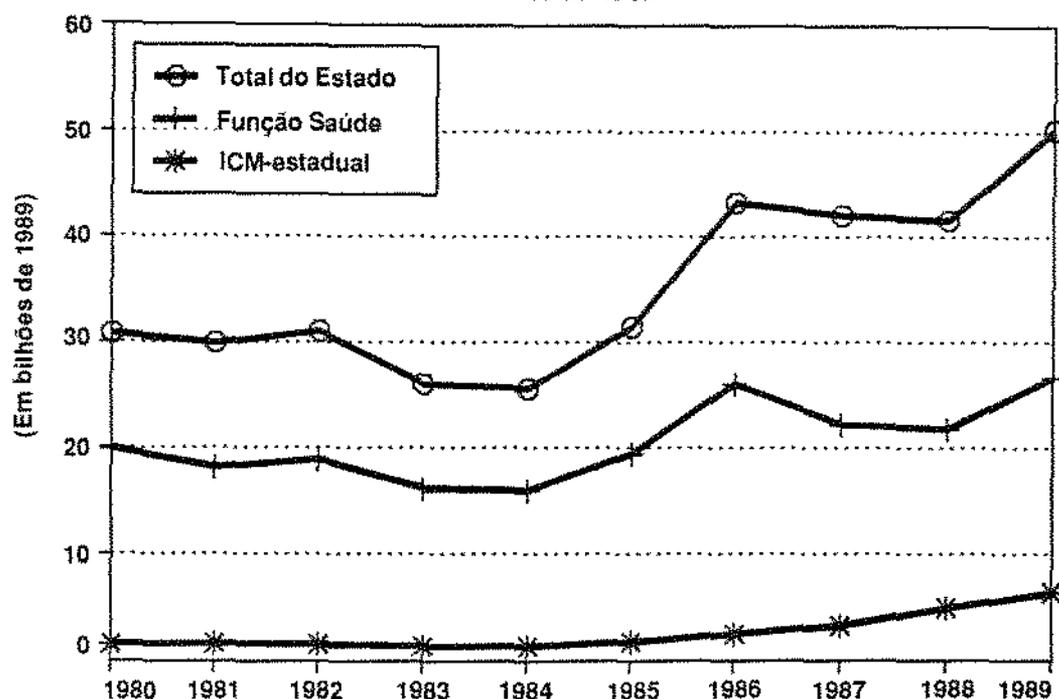
c. A participação FUNDES/AIS (Rec. Fed.) foi de 0,14%.

Tabela 5.2
EVOLUÇÃO DA DESPESA DO ESTADO
DE SÃO PAULO
E DA SECRETARIA DA SAÚDE
1970-1985

Anos	Estado de São Paulo	Secretaria da Saúde
1970	100	100
1971	99	117
1972	110	137
1973	128	151
1974	140	189
1975	119	210
1976	158	192
1977	152	182
1978	169	208
1979	169	207
1980	157	179
1981	152	188
1982	158	176
1983	133	156
1984	130	156
1985	160	209

FONTE: FUNDAP.

Gráfico 5.1
 DESPESA TOTAL DO ESTADO, ICM E FUNÇÃO SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1980-1989



FONTE: Balanço Geral do Estado.
 Elaboração: NEPP-UNICAMP.

Estado, ICM e Função Saúde

Quando se compara o gasto total do Estado, a evolução do ICM e o gasto da Função Saúde (FS), percebe-se que o desempenho da FS não é uniforme. Por outro lado, o comportamento da arrecadação e do gasto total apresenta variações que podem facilmente ser atribuídas ao comportamento macroeconômico que influencia o desempenho da arrecadação tributária e a própria estrutura da despesa.

Considerando três subperíodos para a série como um todo, o gasto com a Função Saúde apresenta movimento similar ao da curva da despesa total do Estado e ICM nos dois primeiros subperíodos. No terceiro subperíodo, entretanto, a Função Saúde descola daquelas duas grandezas, refletindo o impacto das mudanças em seu financiamento e gasto, como podemos observar no Gráfico 5.1.

O movimento de oscilação que se apresenta para as três grandezas em questão pode ser assim caracterizado:

- subperíodo 1980-1984 — O período de recessão econômica iniciado em 1981 refletiu-se de forma inequívoca em 1983 e 1984. Neste último ano, verificou-se, em relação ao início da série, queda de 17% na despesa total, de 13% na receita do ICM e de 15% na FS.

- subperíodo 1985-1986 — A recuperação do nível da atividade econômica rebateu nas finanças públicas realimentando a arrecadação do ICM, a despesa total do Estado e a FS um pouco acima dos níveis do início da série. Embora a oscilação das três grandezas ainda ocorra no mesmo sentido, é importante observar as diferentes taxas de variação, principalmente da FS: a despesa total do Estado cresceu 2% sobre 1980 e 23% sobre 1984, o ICM cresceu 7% sobre 1980 e 21% sobre 1984, enquanto a recuperação do gasto na FS foi maior, 11% sobre 1980 e 30% sobre 1984. Assim, as condições favoráveis ao desenvolvimento da economia, em 1986, alinhadas ao efeito do Plano Cruzado⁴ possibilitaram ganhos reais significativos para as finanças públicas. A despesa total cresceu 69% sobre 1984, o ICM cresceu 63% e a FS 87% para o mesmo período, tanto em 1985 como em 1986, e a FS apresentou um crescimento real mais elevado que as outras duas, dando início a uma diferenciação no seu desempenho.
- subperíodo 1987-1989 — Nesse subperíodo verificase que outros fatores juntaram-se aos macroeconômicos para impulsionar o movimento do gasto da FS, refletindo, nos dados financeiros, as grandes mudanças pelas quais passa a FS a partir de meados da década. Em 1987, o ICM caiu 15%, enquanto a despesa total caiu somente 3% em relação a 1986. Porém, descontando o efeito do Plano Cruzado em 1986, o subperíodo manteve uma taxa de crescimento sobre o período anterior muito significativa; a despesa do Estado em 1987 cresceu 34% sobre 1985 enquanto o ICM cresceu 14%. Já com a FS, observase um crescimento constante, que representou em 1987 30% sobre 1986, e 87% sobre o subperíodo anterior. O crescimento tanto da despesa do Estado como do ICM, em 1989, representou 21% e 15% respectivamente sobre 1988. Esse acréscimo pode ser atribuído à implementação da reforma tributária, determinada pela nova Constituição Federal de 1988, que ampliou a base fiscal do ICM para outros impostos, criando o ICMServiços. Da mesma forma, a FS cresceu, porém com taxa bem diferenciada, em torno de 29%.

A análise subsequente procurou identificar os fatores responsáveis pelo desempenho financeiro da FS. Tal análise segue basicamente:

- a. a destinação de recursos segundo a composição institucional da despesa (Administração Direta e Indireta e outros órgãos);
- b. a magnitude do gasto segundo as fontes de financiamento, e o impacto sobre a dinâmica do gasto estadual;
- c. a destinação de recursos segundo as categorias de despesas Correntes e de Capital, e em particular o impacto dos investimentos e a pressão das transferências do INAMPS sobre o custeio da Secretaria.

A Função Saúde

A distribuição do gasto da FS, ao longo da década de 80, pode ser observada na Tabela 5.3.

4. Uma das contribuições do Plano Cruzado às contas governamentais, em função da queda da inflação, deve-se à eliminação da perda real de arrecadação no período que vai entre a ocorrência do fato gerador e o recolhimento do imposto aos cofres públicos.

Tabela 5.3
GASTOS DO ESTADO NA FUNÇÃO SAÚDE
1980-1989

	(Em %)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Admin. Direta	63	64	61	61	62	64	71	76	83	85
Admin. Indireta	2	2	4	4	4	4	4	23	17	15
Total SES	65	66	65	65	66	68	75	99	100	100
G. G.	30	27	27	28	27	—	—	—	—	—
Sec. Govern.	—	—	—	—	—	26	20	1	—	—
S. Admin.	4	5	6	6	7	6	5	—	—	—
Prom. Social*	1	2	2	1	—	—	—	—	—	—
Total Outros	35	34	35	35	34	32	25	1	0	0
Total Função Saúde	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* A ação de saúde na Secretaria da Promoção Social sofreu, a partir de 1984, reclassificação para a Função de Assistência Social.

A Administração Direta da SES compreende os centros ambulatoriais, os hospitais estaduais, os institutos⁵ e demais órgãos de nível central.

A Administração Indireta compreende os órgãos de saúde subordinados à Secretaria da Saúde, ao Gabinete do Governador, à Secretaria de Estado do Governo e à Secretaria da Administração. Os órgãos subordinados à Secretaria de Governo são: os hospitais universitários de Ribeirão Preto e de São Paulo, da USP, que, a partir de 1985, juntamente com a Fundação Hemocentro, passam a manter o vínculo institucional com a Secretaria de Governo. A Secretaria de Administração teve sob sua subordinação o IAMSPE até 1986. As variações ocorridas a partir de 1987 devem-se à Reforma Administrativa, que vinculou todos os órgãos da Administração Indireta das demais secretarias à Secretaria da Saúde, que já contava com as Fundações Oncocentro, do Remédio Popular e a Superintendência de Endemias.

Quando se separa dentro da FS as participações da Administração Direta e Indireta, é que se pode observar a magnitude da mudança que houve na relação da FS com esses gastos. Por outro lado, a dimensão do crescimento da FS só ganha significado quando se compara suas taxas de participação na despesa total do Estado ao longo da década de 80, vistas segundo a distribuição entre a Administração Direta e Indireta.

Na Tabela 5.4, observa-se que a participação da FS não se altera até 1986, mantendo uma participação média de 5,3% sobre a despesa total do Estado, enquanto a Administração Direta fica com a média de 3,4% e os 1,9% restantes ficam para os órgãos da Administração Indireta e outros.

Entretanto, foi a partir de 1987 que a FS lançou-se a patamares mais elevados subindo a 7,75% em 1987 e 12,7% em 1989 como porcentagem do gasto total. Contudo, tal crescimento foi "abocanhado" pela Administração Direta, que deixa sua taxa histórica de 3,4% para atingir 10,8% em 1989, enquanto a Administração Indireta permanece com os mesmos 1,9%.

Em termos reais absolutos, observase na Tabela 5.5 que a despesa total do Estado cresceu 63% ao longo da década de 80, enquanto a totalidade da FS cresceu três vezes e a FS na

5. Instituto Pasteur, Instituto Butantã, Instituto Adolpho Lutz, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e Instituto Lauro de Souza Lima.

Administração Direta 4,5 vezes. A Administração Indireta por sua vez manteve a mesma taxa de crescimento da despesa total do Estado.

Esse crescimento da participação da Administração Direta na FS teve início, em 1985. Nesse ano os gastos com a Administração Direta cresceram em torno de 35% sobre 1984, e a partir de então uma evolução crescente de ano a ano: 60% em 1986 sobre 1985; 38% em 1987; 66% em 1988; e 32% em 1989.

São pelo menos três os fatores que justificaram tal movimento ascendente: primeiro, o aporte de recursos transferidos pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), que se tornam mais viáveis a partir de 1985, quando da consolidação das atividades propostas por esse programa; segundo, o impacto do Programa Metropolitano de Saúde (PMS), que, além de reforçar o gasto de investimento a partir de 1985-1986, estimula uma pressão financeira nos gastos de custeio de 1987 em diante: por fim, o convênio com a União para a operacionalização do Sistema

Tabela 5.4
PARTICIPAÇÃO DO GASTO EM SAÚDE
NA DESPESA TOTAL DO ESTADO
1980-1989

	(Em %)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
SES Admin. Direta	3,2	3,4	3,0	3,2	3,2	3,5	4,1	5,9	9,9	10,8
SES Admin. Indireta	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,8	2,0	1,9
Total SES	3,3	3,6	3,2	3,4	3,5	3,8	4,4	7,7	11,9	12,7
Outros*	1,8	1,8	1,7	1,9	1,8	1,7	1,4	0,1	—	—
Total Função Saúde	5,1	5,4	4,9	5,3	5,2	5,5	5,8	7,7	11,9	12,7
Total Área Social	48,6	48,4	48,2	48,9	44,8	48,3	48,8	53,3	51,4	51,4
Total do Estado	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* Outros = HC Ribeirão Preto, HC USP, IAMSPE e Hemocentro, que passam a se vincular à SES a partir de 1987.

Tabela 5.5
EVOLUÇÃO REAL DA DESPESA TOTAL DO ESTADO
E DO GASTO EM SAÚDE
1980-1989

	(Em milhão de 1989)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
SES Admin. Dir.	980	1.029	936	845	828	1.116	1.782	2.463	4.095	5.419
SES Admin. Indir.	35	38	62	43	56	71	105	766	835	948
Total SES	1.014	1.067	999	888	885	1.187	1.886	3.229	4.930	6.367
Outros*	552	536	531	489	454	549	610	25	—	—
Total Função Saúde	1.566	1.604	1.530	1.377	1.339	1.736	2.496	3.255	4.930	6.367
Total Área Social	14.951	14.459	14.946	12.742	11.470	15.198	21.092	22.394	21.329	25.789
Total do Estado	30.782	29.895	30.999	26.050	25.577	31.447	43.200	41.997	41.525	50.152

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* Outros = HC Ribeirão Preto, HC USP, IAMSPE e Hemocentro, que passam a se vincular à SES a partir de 1987.

Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), estadualizando os recursos do INAMPS, por meio de repasses diretos à Secretaria Estadual de Saúde, a partir do segundo semestre de 1987.

Dessa forma, justifica-se também o maior aporte para a Administração Direta, pois esses programas visavam oferecer atendimento médico nos centros de saúde e hospitais da rede da Secretaria, sem contar que também estimulavam investimentos físicos na rede (através de reformas e construções). Por outro lado, privilegiava-se a atenção primária, à medida que se canalizava o gasto para esses serviços e atividades, em detrimento dos grandes hospitais da Administração Indireta.

Pode-se afirmar ainda que a maior disponibilidade de recursos para a Administração Direta teve como resultado imediato um reforço institucional da própria Secretaria e da sua rede de serviços.

Magnitude das fontes de financiamento

Quando se eliminam da série em estudo os recursos da conta FUNDES (empréstimos do Banco Mundial, repasse do INAMPS e juros decorrentes das aplicações financeiras desses mesmos recursos), conforme a Tabela 5.6, pode-se melhor analisar o comportamento do gasto em saúde no Estado⁶.

O crescimento real da despesa do Estado em 1989 foi de 68% sobre 1981. Se subtraímos da despesa total a parcela financiada com os recursos FUNDES, o crescimento passaria a ser da ordem de 57%.

Da mesma forma, a FS cresceu com o FUNDES quase quatro vezes, e sem FUNDES cresceu 96%. O gasto da Secretaria da Saúde (Administração Direta), por sua vez, quadruplica nesse mesmo período, incluindo o FUNDES. Subtraindo a parcela do FUNDES o crescimento passaria a ser de 113%. O recurso do FUNDES, portanto, é responsável por 70% do crescimento obtido pela Secretaria da Saúde ao longo da década de 80.

Também a Área Social⁷, com o FUNDES, apresentou um crescimento de 78%, portanto, acima da taxa de crescimento da despesa do Estado. Subtraindo o FUNDES, passaria a apre-

Tabela 5.6
EVOLUÇÃO REAL DOS GASTOS DA SES
E DO ESTADO

(Em milhão de 1989)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
SES Ad .Dir.	—	1.023	925	836	786	865	1.459	1.349	1.635	2.178
Total SES	—	1.062	987	878	842	936	1.564	2.115	2.470	3.126
Total Função Saúde	—	1.598	1.518	1.368	1.297	1.486	2.174	2.140	2.470	3.126
Total Área Social	—	14.453	14.935	12.732	11.427	14.947	20.769	21.279	18.869	22.548
Total do Estado	—	29.890	30.987	26.041	25.535	31.196	42.878	40.883	39.065	46.911

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

6. Não obtivemos a informação da conta FUNDES para 1980, uma vez que o Balanço Geral do Estado não fornecia, na ocasião, classificação na qual pudesse ser identificada.

7. Área Social: Segurança Pública, Educação e Cultura, Habitação e Urbanismo, Saúde e Saneamento, Trabalho e Assistência e Previdência.

Tabela 5.7
PARTICIPAÇÃO DO GASTO COM A FUNÇÃO SAÚDE (FS),
COM E SEM FUNDES NO ICM
1980-1989

	(Em %)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
FS sem FUNDES		9,1	8,3	8,7	8,4	7,9	8,6	10,0	11,8	12,9
FS com FUNDES		9,1	8,4	8,8	8,6	9,2	9,9	15,1	23,5	26,4
ICM		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

sentar uma taxa de crescimento igual à taxa de crescimento da despesa total do Estado (57%), evidenciando a aderência do gasto na Área Social à despesa total do Estado.

Dessa maneira, pode-se concluir que, em primeiro lugar, a FS (considerando-se somente os recursos do Tesouro) ganhou maior espaço dentro da Área Social, na medida em que cresceu sua participação de 11% em 1981 para 13% em 1988, e 14% em 1989, em detrimento de outras funções sociais; em segundo, houve uma resposta positiva do Tesouro Estadual (a partir de 1986) às demandas financeiras da Secretaria da Saúde em função das AIS, PMS e SUDS (a despesa do Estado cresceu 35% sobre 1985, enquanto a SES cresceu 68%)⁸.

A magnitude do crescimento real do gasto em saúde na década de 80 ainda pode ser observada a partir da relação entre a Função Saúde (com e sem FUNDES) e o ICM. A Tabela 5.7 mostra uma taxa de participação da Função Saúde, sem FUNDES, sobre o ICM em 1981 da mesma ordem que aquela apresentada com FUNDES (9,1%).

A partir de 1985, as taxas de participação começam a “descolar”: sem FUNDES, 7,9%; com FUNDES, 9,2%. Em 1989 chega a 12,9% sem FUNDES e 26,4% com FUNDES. Esses dados chamam a atenção para as conseqüências de um possível recuo do repasse dos recursos federais relativamente aos recursos do Tesouro.

Tal fato na verdade começou a ocorrer a partir de 1989 e houve um aumento substancial do aporte do Tesouro paulista para responder à quebra daqueles repasses, situação que ainda não estaria bem espelhada nos dados do Balanço Geral do Estado (BGE). De fato, segundo informações da Secretaria da Saúde, a participação relativa dos recursos do Tesouro e FUNDES teria taxas diferentes das indicadas no Balanço Geral do Estado, como mostra a Tabela 5.8.

Tabela 5.8
TESOURO E FUNDES
NO TOTAL DE RECURSOS

	(Em mil de 1989)	
	1989	
	BGE	GTP/SES
Rec. Tesouro	2.184.326	2.602.466
Rec. FUNDES	3.241.562	2.823.422
TOTAL	5.425.888	5.425.888

8. Essa questão será analisada por ocasião da análise do impacto dos recursos FUNDES e dos investimentos sobre a despesa de custeio.

Segundo informações da Secretaria, o recurso do Tesouro foi responsável por 48% e não 40% do financiamento do gasto da SES, como mostra o BGE. Enquanto a participação do FUNDES teria decrescido de 60% para 52%.

Outras funções da Secretaria Estadual de Saúde

A Secretaria de Saúde comporta, além da Função Saúde, as de Saneamento, Assistência e Previdência e a Função Trabalho (Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho), ainda que com valores irrisórios, conforme observamos na Tabela 5.9.

Na Tabela 5.10, os gastos totais da SES ficam assim distribuídos entre a Administração Direta e a Indireta, considerando-se todas as funções.

Uma vez que os impactos das mudanças institucionais e administrativas repercutiram basicamente sobre a Administração Direta, do ponto de vista do financiamento, vamos nos ater, a seguir, ao desempenho de seu gasto e às suas duas principais fontes de recursos.

Fontes de recursos

A composição dos recursos que financiam os gastos da Administração Direta da Secretaria da Saúde pode ser observada na Tabela 5.11.

Como pode ser observado, em 1984, altera-se a composição dos recursos: o recurso do Tesouro caiu de 98,9% para 95% e o recurso FUNDES subiu de 1,1% para 5,0%, refletindo, a partir daí, os programas das Ações Integradas de Saúde.

Tabela 5.9
PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DE OUTRAS FUNÇÕES
NA SECRETARIA DA SAÚDE
1980-1989

	(Em %)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Função Saúde	99,0	98,9	99,0	99,1	99,1	99,3	99,4	99,6	99,8	99,9
Outras	1,0	1,1	1,0	0,9	0,9	0,7	0,6	0,4	0,2	0,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Elaboração: NEPP-UNICAMP.

Tabela 5.10
PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS DA SES
NO GASTO TOTAL DO ESTADO
1980-1989

	(Em %)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
SES Admin. Direta	3,2	3,5	3,1	3,3	3,3	3,6	4,2	5,9	9,9	10,8
SES Admin. Indireta	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,8	2,0	1,9
Total do órgão	3,3	3,6	3,3	3,4	3,5	3,8	4,4	7,7	11,9	12,7
Total do Estado	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Elaboração: NEPP-UNICAMP

Salto significativo foram dados em 1985 e em 1987: em 1985, motivado pela consolidação das AIS/PMS, o gasto com a cobertura do FUNDES alcançou a taxa de 22,3%; e, em 1987, com o início da estadualização dos recursos do INAMPS, lançou-se aos 45%, para em seguida manter-se ao redor dos 60%.

Observase, portanto, alteração significativa na composição dos recursos da SES. Contudo, deve-se atentar para a evolução real desses recursos.

A Tabela 5.12 mostra que a ligeira queda observada em 1984 no gasto total da SES é compensada com o crescimento do recurso FUNDES, o qual representou um acréscimo real de 3,5 vezes sobre o ano anterior (efeito das Ações Integradas de Saúde). Entretanto, deve-se lembrar que foi em 1984 que ocorreu (para as finanças públicas paulistas) o patamar mais baixo da crise, representando para a SES uma queda real de 6% nos recursos do Tesouro.

Em 1985, enquanto o recurso Tesouro mal recuperou seu desempenho histórico, apresentando um gasto de NCz\$ 874 milhões contra a média anual de gasto de NCz\$ 919,7 milhões em 1980-1984, o recurso FUNDES quintuplicou suas aplicações em relação a 1984.

Em 1986, por outro lado, há um ganho substancial nos recursos do Tesouro de 68% sobre 1985. Mesmo considerando os efeitos do Plano Cruzado, pode-se concluir que o Tesouro teve que responder às demandas da Secretaria, uma vez que o crescimento real da despesa do Estado (sem FUNDES) foi da ordem de 37% no mesmo exercício.

A partir de 1987, os recursos FUNDES ganharam substancial reforço com a estadualização do INAMPS, apresentando as seguintes taxas anuais de crescimento: 246% em 1986-1987; 121% em 1987-1988; e 35% em 1988-1989.

O ganho real em 1989 sobre 1986, ano anterior à estadualização, foi de 907% e sobre 1987 foi de 200%. Ao longo da década, representou um acréscimo de 578 vezes sobre 1981.

Tabela 5.11
PARTICIPAÇÃO DAS FONTES
(TESOURO E FUNDES) NO GASTO DA SES
1980-1989

	(Em %)										
Admin. Direta	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	
Rec. do Tesouro	—	99,5	98,8	98,9	95,0	77,7	82,0	55,0	40,0	40,3	
Rec. FUNDES	—	0,5	1,2	1,1	5,0	22,3	18,0	45,0	60,0	59,7	
TOTAL	—	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Elaboração: NEPP-UNICAMP.

Tabela 5.12
EVOLUÇÃO REAL DOS RECURSOS DO TESOURO
E FUNDES NA SES
1980-1989

	(Em milhão de 1989)										
Admin. Direta	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	
Rec. do Tesouro	—	1.035	935	844	794	874	1.471	1.362	1.642	2.184	
Rec. FUNDES	—	6	11	9	42	251	322	1.114	2.460	3.242	
TOTAL	—	1.041	947	853	836	1.125	1.793	2.476	4.102	5.426	

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Elaboração: NEPP-UNICAMP.

O desempenho dos recursos do Tesouro nos três últimos anos da década de 80 foi muito significativo: embora haja perda real de 7% em 1987 sobre 1986, o ganho real sobre 1985 foi de 56%; e, em 1988, cresceu 21% sobre 1987, e, em 1989, 33% sobre 1988. Considerando que a média de gasto com cobertura do Tesouro nos três últimos anos foi de Cr\$ 1,7 bilhões, o crescimento real sobre a média de gasto da primeira metade da década representou 98%.

Podese afirmar, então, que o comprometimento dos recursos do Tesouro neste período foi significativo e que não foram só os recursos transferidos que possibilitaram o crescimento da FS na despesa total do Estado. Por outro lado, revelam um comprometimento do Estado com as mudanças institucionais que se processaram na SES e os princípios ali esboçados (incorporação do atendimento médico individualizado pela rede pública com universalização da cobertura).

Evolução dos gastos

A participação relativa das despesas correntes e de capital pode ser observada na Tabela 5.13.

Pode-se subdividir a série histórica em dois subperíodos: um de 1980 até 1985 e outro de 1985 até 1989.

O marco divisório da série foi dado pela despesa de capital; esta recebeu, em 1985, maior volume de recursos do Tesouro com a implantação do Programa Metropolitano de Saúde. Com uma participação relativa média da ordem de 7% até 1985, a Despesa de Capital passou para uma participação média de 23%, em 1986 e 1987, e 15% em 1988 e 1989. Observe-se, porém, como evoluiu em termos reais o desempenho das categorias de gasto a partir dos dados do Gráfico 5.2.

Até 1985, o gasto com despesa de capital oscilou de forma não significativa, não ocorrendo, portanto, qualquer mudança estrutural. A partir de 1986, entretanto, foi que se lançou a patamares bem mais elevados, mantendo o mesmo ritmo de investimento por três anos, de 1986 a 1988. Em 1989, novamente alcançou novo patamar. Assim, de uma média de gasto anual de NCz\$ 68 milhões até 1985, saltou para NCz\$ 510 milhões em média até 1988, correspondendo a um crescimento real anual de 652% em relação à média anual do subperíodo anterior. Em 1989, o crescimento real sobre a média anterior de 1987-1988 atingiu 80%, e 1.250% em relação ao subperíodo anterior, com um volume de NCz\$ 919 milhões.

A alteração das taxas de composição, por outro lado não implicou queda real da despesa corrente. Pelo contrário, há um crescimento acelerado, ano a ano. As taxas de crescimento,

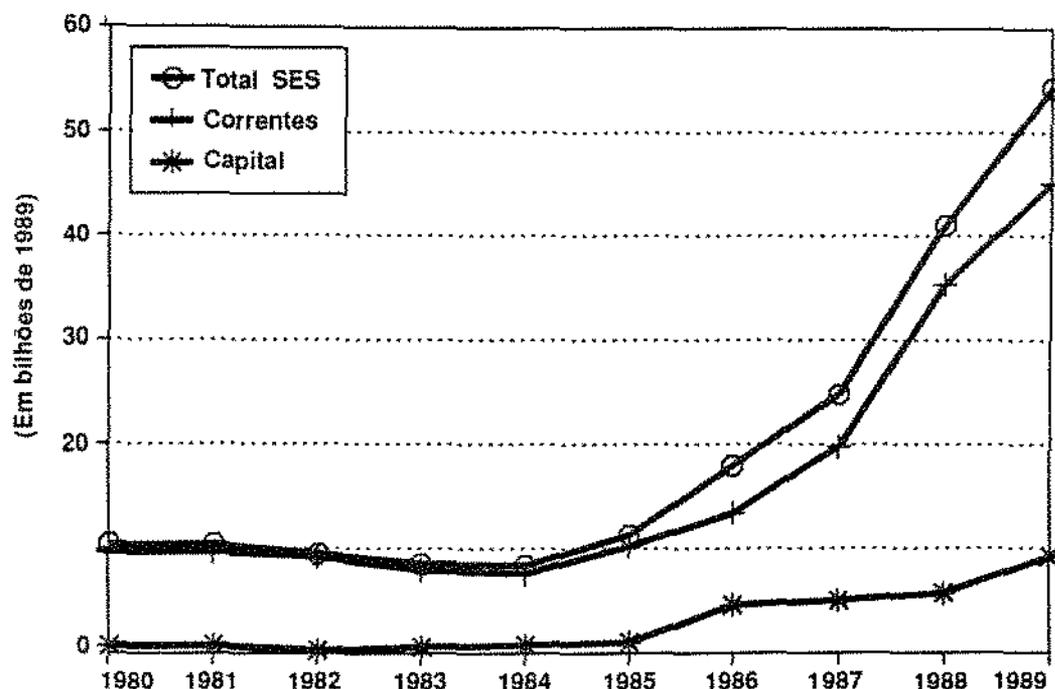
Tabela 5.13
PARTICIPAÇÃO DOS GASTOS CORRENTES
E CAPITAL NA SES
1980-1989

	(Em %)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Correntes	92,9	92,8	97,4	93,2	90,8	90,8	74,5	79,7	86,1	83,1
Capital	7,1	7,2	2,6	6,8	9,2	9,2	25,5	20,3	13,9	16,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

Gráfico 5.2
 DESPESAS CORRENTES E DE CAPITAL EM SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1980-1989



FONTE: Balanço Geral do Estado.
 Elaboração: NEPP-UNICAMP.

comparativamente ao volume médio das despesas correntes do subperíodo anterior foram as seguintes:

Ano	Despesas correntes do ano X volume médio de 1980-1986
1987	294%
1988	120%
1989	402%

A seguir, faz-se a análise da evolução real dessas categorias por fonte de recursos.

Categorias de gasto por origem dos recursos

A Tabela 5.14⁹ apresenta a composição do gasto corrente/capital por fonte de recursos.

9. O quadro foi elaborado a partir de informações complementares ao Balanço Geral do Estado, obtidas junto ao GTP/Saúde. O exercício de 1989 apresenta-se em duas versões, sendo que a segunda é referente a ajustes internos efetuados pelo GTP, que substituem parte dos recursos FUNDES por recursos do Tesouro na cobertura de despesas correntes, principalmente no que se refere à despesa de pessoal. Em verdade, a suplementação com verbas do Tesouro ao final do exercício, visando cobertura de despesas, foi classificada como sendo cobertura com recursos FUNDES.

Tabela 5.14
EVOLUÇÃO DAS DESPESAS POR FONTE DE RECURSO
1985-1989

	1985	1986	1987	1988	1989	1989*
Tesouro	78	82	55	40	40	48
Corrente	71	61	45	30	28	36
Capital	7	21	10	10	12	12
FUNDES	22	18	45	60	60	52
Corrente	20	14	35	56	55	47
Capital	2	4	10	4	5	5
TOTAL	100	100	100	100	100	100
Total Corrente	91	75	80	86	83	83
Total Capital	9	25	20	14	17	17

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de Conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* GTP/SES.

Tabela 5.15
EVOLUÇÃO DAS DESPESAS POR FONTE DE RECURSO
1985-1989

	1985	1986	1987	1988	1989	1989*
	(1987=100)					
Tesouro	64	108	100	121	160	191
Corrente	72	99	100	112	139	176
Capital	31	149	100	159	255	255
FUNDES	23	29	100	221	291	253
Corrente	26	28	100	265	343	295
Capital	10	32	100	67	108	108
TOTAL	45	72	100	166	219	219
Total Corrente	52	68	100	179	228	228
Total Capital	20	91	100	113	183	183

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de Conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* GTP/SES.

Pode-se observar que a participação relativa dos gastos correntes, com cobertura de recursos do Tesouro, no total da despesa da SES, apresentou taxas decrescentes: de 71%, em 1985, passou para 30%, em 1988, enquanto a taxa do FUNDES passou de 22% para 60%, invertendo os pesos relativos.

A participação relativa da despesa de capital com recursos do Tesouro, exceto em 1986 com taxa de 21% (investimentos do PMS), foi mais estável em torno de 10%, o mesmo acontecendo com recursos FUNDES, em torno de 5%, exceto em 1987 com 10%.

Na Tabela 5.15, vê-se em termos reais os gastos correntes com Recursos do Tesouro. Observe-se que se mantiveram significativas taxas de crescimento anual a partir de 1987.

Tabela 5.16
PARTICIPAÇÃO DAS FONTES NO ACRÉSCIMO
DA DESPESA CORRENTE
1985-1989

(Em milhão de 1989)

	1985	1986	1987	1988	1989	1989*
Tesouro	—	94	33	18	21	33
FUNDES	—	6	67	82	79	67
Despesa corrente	100	100	100	100	100	100
Acréscimo s/ 1985	—	315	951	2.510	3.485	3.485

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de Conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* GTP/SES.

Tabela 5.17
PARTICIPAÇÃO DAS FONTES NO ACRÉSCIMO
DA DESPESA DE CAPITAL
1985-1989

(Em milhão de 1989)

	1985	1986	1987	1988	1989	1989*
Tesouro	—	85	44	70	70	70
FUNDES	—	15	56	30	30	30
Despesas de capital	—	100	100	100	100	100
Acréscimo s/ 1985	—	353	400	468	816	816

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de Conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* GTP/SES.

As participações relativas do Tesouro e FUNDES no incremento da despesa corrente podem ser observadas na Tabela 5.16

Com cobertura FUNDES a despesa de capital tem uma evolução crescente, exceto em 1988, que de um índice 100, em 1987, chega a 108, em 1989.

A participação relativa do Tesouro e do FUNDES no incremento da despesa de capital é demonstrada na Tabela 5.17.

As despesas com investimento na Administração Direta da SES tiveram entre 1986 e 1989 um peso significativo dentro da despesa de capital, apresentando os seguintes percentuais:

	1986	1987	1988	1989
Despesa com investimento/Despesa de capital	98%	89%	74%	82%

Na Tabela 5.18 observa-se o reflexo dos investimentos sobre a despesa de custeio da Secretaria.

Tabela 5.18
EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DE INVESTIMENTO E DE CUSTEIO
1985-1989

(Em mil de 1989)

	1985	1986	1987	1988	1989	1989 ^b
Despesa de custeio ^a	951.003	1.253.320	1.817.273	2.075.693	2.720.152	2.720.152
Pessoal	552.821	847.121	1.177.911	1.133.167	1.419.856	1.634.280
Outras de custeio	398.183	406.198	639.362	942.526	1.300.296	1.085.872
Acréscimo custeio s/1986	—	—	563.953	822.374	1.466.832	1.466.832
Acrés. outras de custeio s/1986	—	—	233.164	536.328	894.098	679.674
Despesas de investimento	99.088	447.264	448.295	420.158	753.538	753.538
Obras e instalações	42.340	218.770	180.591	235.614	418.210	418.210
Equip. e material permanente	31.294	149.996	87.523	60.690	77.317	77.317
I. c/recursos próprios	25.454	78.498	180.181	123.855	258.011	258.011
Acréscimo s/1985	—	348.176	349.207	321.070	654.450	654.450
Crescimento acumulado	—	348.176	697.383	1.018.453	1.672.903	1.672.903
Acrés. C. em T+1/ acrés. acum. I. EM T.	—	—	1,62	1,18	1,44	1,44
Acrés. outr. c. em T+1/ acrés. acum. I.	—	—	0,67	0,77	0,88	0,67

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Tabela de conversão SEP/CPO.

GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP

a. Exclusão das despesas com contas ambulatoriais para o setor privado em 1988 e 1989.

+

b. Cobertura de despesa de pessoal/FUNDES com recursos do Tesouro.

Como as despesas de custeio são as que refletem o gasto da máquina administrativa, excluiu-se da despesa de custeio aquela referente à compra de serviços médicos do setor privado — contas ambulatoriais em 1988 e 1989 (Conta FUNDES).

Procurouse trabalhar com os acréscimos reais acumulados dos investimentos a partir de 1985, contra os acréscimos reais anuais da despesa de custeio a partir de 1986, objetivando identificar, assim, os acréscimos obtidos em custeio para cada cruzeiro a mais aplicado em investimento. Observase, portanto, que para cada unidade monetária investido em 1986, além do nível de 1985, resultou em um incremento de 1,62 em 1987, dos quais 0,95 para pessoal e 0,67 para outras de custeio. Em 1988 os incrementos são de 1,18, para cada cruzeiro investido, dos quais 0,41 para pessoal e 0,77 para “outras de custeio”. Em 1989, temse 1,44, dos quais 0,56 para pessoal e 0,88 para “outras de custeio”.

Os índices para pessoal encontramse irregulares, provavelmente por causa das mudanças na SES com a estadualização do INAMPS, o que provocou aumento dos gastos com as gratificações e novas contratações. “Outras de custeio” apresentam índices crescentes, porém homogêneos, revelando coerência com o crescimento dos investimentos.

Pode-se tomar o ano de 1987 como aquele que apresenta a taxa mais expressiva da pressão dos investimentos sobre o custeio, uma vez que a estadualização do INAMPS se concretizou efetivamente a partir de 1988. O exercício de 1987 apresenta, portanto, menos vulnerável ao impacto das transferências do INAMPS, principalmente quando se considera a taxa excluída de pessoal, ou seja, “outras de custeio”. Assim, pode-se, com alguma proximida-

de, admitir um custo adicional de 67% nas despesas de custeio em função do incremento obtido na taxa histórica de investimento.

No entanto, não se pode justificar o crescimento da despesa de custeio somente em função do acréscimo em investimento, uma vez que as transferências do INAMPS têm gerado por si só pelo menos duas vertentes de custo sobre a SES decorrentes tanto do desenvolvimento de programas decorrentes da estadualização do INAMPS quanto da reorganização da SES, por conta das mudanças processadas pela descentralização econômica, financeira e administrativa, no período da implantação do SUDS/SUS em São Paulo.

Nesse sentido, apresenta-se a Tabela 5.19 que evidencia a pressão dos recursos FUNDES (correntes) sobre o total das despesas de custeio.

Trabalhou-se com os acréscimos reais da despesa FUNDES (correntes) a partir de 1986, contra os acréscimos reais obtidos na despesa de custeio da SES, procurando identificar a ocorrência de déficit/superávit no período.

Foram considerados como despesa de custeio os gastos integrais de custeio, mais aqueles decorrentes da municipalização classificados como transferências correntes. Observase, então, que os incrementos reais do FUNDES não têm sido suficientes para a cobertura da despesa de custeio, gerando, ao contrário, um ônus adicional ao recurso Tesouro. Embora 1986 apresente um déficit de Cr\$ 283 milhões, esse não deve ser atribuído ao FUNDES. Devemos lembrar que 1986 é um ano atípico em função do Plano Cruzado, que injeta recursos do

Tabela 5.19
EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DE CUSTEIO
E RECURSOS FUNDES
1985-1989

(Em mil de 1989)

	1985	1986	1987	1988	1989	1989 ^b
Despesa de custeio ^a	951.003	1.253.320	1.907.511	3.433.119	4.469.488	4.469.488
Pessoal	552.821	847.121	1.177.911	1.133.167	1.419.856	1.634.280
C. ambulatoriais	0	0	0	1.107.500	1.173.975	1.173.975
Municipalização	0	0	90.239	249.926	575.361	575.361
Outras de custeio	398.183	406.198	639.362	942.526	1.300.296	1.085.872
Cresc. s/1985 desp. de custeio	—	302.316	956.508	2.482.116	3.518.485	3.518.485
Pessoal	—	97,35	65,35	23,38	24,64	30,74
C. ambulatoriais	—	0,00	0,00	44,62	33,37	33,37
Municipalização	—	0,00	9,43	10,07	16,35	16,35
Outras de custeio	—	2,65	25,21	21,93	25,64	19,55
Rec. FUNDES (corrente)	225.263	243.706	865.265	2.294.057	2.971.627	2.553.487
Crescimento s/1985	—	18.443	640.002	2.068.793	2.746.364	2.328.224
Déficit/Superávit	—	(283.873)	(316.506)	(413.323)	(772.121)	(1.190.261)

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP

a. Inclusão de contas ambulatoriais e transferência a município/municipalização.

b. Cobertura de despesa de pessoal/FUNDES com recursos do Tesouro.

Tesouro em toda a despesa do Estado, principalmente nas despesas de pessoal. Observase na Tabela 5.19 que pessoal consome 97% do incremento obtido na despesa de custeio.

A partir de 1987, os déficits são crescentes e observase que em 1989 o volume de acréscimo nos recursos FUNDES de Cr\$ 2.328 milhões importou em um acréscimo na despesa de custeio de Cr\$ 3.518 milhões, ou seja, o FUNDES exigiu uma contraparte do Tesouro da ordem de 50%.

Embora não seja possível desmembrar totalmente as informações disponíveis de modo a identificar os acréscimos de custeio correspondentes a cada um desses dois fatores (investimentos e FUNDES), os indicadores obtidos a partir da sistemática adotada na elaboração da Tabela 5.19 apontam a existência de uma tendência na qual tanto os investimentos como os recursos FUNDES têm estimulado fortemente o crescimento da participação do Tesouro nos gastos com a saúde.

Esta tendência é particularmente manifestada a partir da segunda metade da década de 80, e torna o comprometimento dos recursos do Tesouro, com a Função Saúde, praticamente irreversível.

Repasso INAMPS x recursos do Tesouro

Uma análise preliminar dos dados referentes à participação do Estado de São Paulo no montante de recursos do INAMPS, no nível federal, indica uma flutuação em torno da média de 25% ao longo da década de 80. A Tabela 5.20 mostra esse aspecto.

A maior taxa de participação do Estado de São Paulo foi em 1984, com 29,4%, enquanto a menor foi de 24,4% em 1981¹⁰. A partir deste ano, as taxas são crescentes, vindo atingir, em 1987, a participação de 27,8%, e, em 1989, com ligeira queda, voltando ao patamar de 25,8%.

No entanto, a análise feita a partir do repasse integral do INAMPS a São Paulo *visàvis* a contraparte do Tesouro paulista revela alguns indicadores mais palpáveis das tendências, pelo menos no aspecto financeiro, e das perspectivas do SUDS/SUS.

O gasto público em saúde em São Paulo, considerando o repasse integral do INAMPS, pode ser observado nas Tabelas 5.21 e 5.22.

Tabela 5.20
PARTICIPAÇÃO INAMPS-SAO PAULO E FUNDES
SOBRE INAMPS-BRASIL
1980-1989

	(Em %)									
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988*	1989
INAMPS-SP	—	24,4	25,7	28,3	29,1	26,2	24,3	23,3	3,6	3,1
FUNDES	—	0,0	0,1	0,1	0,3	1,6	1,9	4,4	10,5	22,7
Total São Paulo	—	24,4	25,8	28,3	29,4	27,7	26,3	27,8	14,0	25,8
INAMPS-BR	—	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Balanço Geral do Estado para FUNDES.

DATAPREV/Sistema de Contabilidade Previdência em Dados, v. 5, nº1, jan./mar. 1990, para INAMPS-SP/BR

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* Dados preliminares para INAMPS.

10. Exceto 1988, cujas informações não tiveram sua confiabilidade atestada.

Tabela 5.21
GASTO EM SAÚDE EM SÃO PAULO
REPASSE INAMPS E RECURSO DO TESOURO
1988-1989

(Em %)

	1988			1989		
	INAMPS	Tesouro*	TOTAL	INAMPS	Tesouro*	TOTAL
C. governam. (1)	20,5	32,4	52,9	19,5	36,7	56,2
C. ambulator. (2)	26,1	0,0	26,1	20,3	0,0	20,3
Subtotal	46,5	32,4	79,0	39,8	36,7	76,5
Internações (3)	21,0	0,0	21,0	23,5	0,0	23,5
TOTAL	67,6	32,4	100,0	63,3	36,7	100,0
Total público (1)	20,5	32,4	52,9	19,5	36,7	56,2
Total privado (2+3)	47,1	0,0	47,1	43,8	0,0	43,8

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* Função Saúde (exceto cobertura FUNDES).

Tabela 5.22
GASTO EM SAÚDE EM SÃO PAULO
REPASSE INAMPS E RECURSO DO TESOURO
1988-1989

(Em %)

	1988			1989		
	INAMPS	Tesouro*	TOTAL	INAMPS	Tesouro*	TOTAL
C. governam. (1)	30,3	100,0	52,9	30,8	100,0	56,2
C. ambulator. (2)	38,6	0,0	26,1	32,0	0,0	20,3
Subtotal	68,8	100,0	79,0	62,8	100,0	76,5
Internações (3)	31,2	0,0	21,0	37,2	0,0	23,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total público (1)	30,3	100,0	52,9	30,8	100,0	56,2
Total privado (2+3)	69,7	0,0	47,1	69,2	0,0	43,8

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* Função Saúde (exceto cobertura FUNDES).

Como vemos, os recursos do INAMPS estão classificados em três contas principais:

- a. As Contas Governamentais são aquelas destinadas aos gastos nos órgãos públicos da Secretaria da Saúde, nas unidades do INAMPS estadualizadas e nas unidades estaduais e federais municipalizadas e convênios da Municipalização. Esta conta representa algo em torno de 30% do total de repasse do INAMPS para 1988 e 1989, e 20,5% em 1988 e 19,5% em 1989, considerando o total de gasto em saúde.

- b. As Contas Ambulatoriais se constituem em gastos com a compra pelo setor público, dos serviços ambulatoriais da rede privada, lucrativa e filantrópica e representou em média 38,6% do repasse do INAMPS em 1988 e 32% em 1989. As taxas de participação dessa rubrica no gasto total foram de 26,1% em 1988 e 20,3% em 1989.
- c. Por fim, temos a Conta de Internação, relativa aos gastos efetuados diretamente pelo INAMPS junto aos hospitais privados. Esta conta representa 31% em 1988 e 37% em 1989 sobre o repasse total do INAMPS. Considerando o gasto total, sua participação fica em torno de 21% em 1988 e 23% em 1989.

O gasto do Tesouro é representado pela Função Saúde, excluído o gasto com a cobertura de recursos FUNDES, e está apropriado integralmente às Contas Governamentais. Sua participação foi de 32% em 1988 e 36% em 1989.

As Contas Governamentais e Ambulatoriais, com as suas respectivas fontes de recursos, consolidam a Conta SUDS.

Observase então que a maior participação do Tesouro e a queda na participação das contas SUDS do INAMPS altera a composição das fontes. Em 1988 as Contas Governamentais ficaram com 67% contra 33% da Conta Ambulatorial; em 1989 esta mesma relação ficou com taxas de participações de 73% contra 27%, respectivamente.

Na Tabela 5.23 podemos observar o acréscimo obtido em 1989 nas Contas Governamentais.

Em termos reais esse crescimento na participação das Contas Governamentais representou um acréscimo de 23% para a Conta SUDS, sendo que as Contas Governamentais cresceram 35%, e o Recurso do Tesouro é o responsável por 80% desse crescimento, uma vez que seu acréscimo real é de 43,5% sobre 1988. Nas Contas Ambulatoriais a queda real é de 1%.

A Conta de Internação, por seu turno, teve incremento real da ordem de 42%. Observando o repasse para o setor privado, esta taxa declina para 18%, isto se explica pelo não crescimento de Contas Ambulatoriais, as quais participam com 55% no total da Conta Privada, em 1988, e 46%, em 1989.

Tabela 5.23
GASTO EM SAÚDE EM SÃO PAULO
REPASSE INAMPS E RECURSO DO TESOIRO
1988-1989

(Em milhão de 1989)

	1988			1989		
	INAMPS	Tesouro*	TOTAL	INAMPS	Tesouro*	TOTAL
C. governam. (1)	1.559	2.470	4.029	1.885	3.544	5.429
C. ambulator. (2)	1.984	0	1.984	1.962	0	1.962
Subtotal	3.543	2.470	6.013	3.848	3.544	7.392
Internações (3)	1.603	0	1.603	2.277	0	2.277
TOTAL	5.146	2.470	7.616	6.125	3.544	9.668
Total público (1)	1.559	2.470	4.029	1.885	3.544	5.429
Total privado (2+3)	3.587	0	3.587	4.239	0	4.239

FONTE: Balanço Geral do Estado.
Tabela de conversão SEP/CPO.
GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* Função Saúde (exceto cobertura FUNDES).

Embora a série dos dados analisados seja de apenas dois anos, pode-se dizer, à guisa de conclusão, que a tendência detectada reforça a opinião de que a desaceleração do repasse do INAMPS aponta para uma recentralização dos Recursos Federais, principalmente no que tange às contas repassadoras de recursos como Contas Ambulatoriais e convênios de municipalização.

Da análise anterior, alguns pontos podem ser ressaltados:

- A Função Saúde cresceu de forma significativa a partir de 1985, refletindo as mudanças então em curso: AIS, PMS e SUDS.
- A Função Saúde ganhou espaço na Área Social em detrimento de outras Funções Sociais; enquanto a Função Saúde cresceu em proporções bem maiores do que a despesa total do Estado, o gasto com a Área Social manteve a aderência às taxas de evolução da despesa total do Estado.
- Todo o incremento real verificado ao longo da década de 80 na Função Saúde é canalizado para a Secretaria da Saúde, exclusivamente para a Administração Direta. Os gastos na Função Saúde mantêm suas taxas alinhadas com as da despesa total Estado, resultando com isso no reforço institucional da Administração Direta da Secretaria da Saúde, privilegiando, portanto, a atenção primária, através de seus hospitais de pequeno porte e ambulatorios, em detrimento dos grandes hospitais da Administração Indireta.
- As fontes de financiamento da Secretaria da Saúde, Recursos do Tesouro e Recursos FUNDES, tiveram suas taxas de participação alteradas de forma significativas: para o FUNDES, de uma taxa de 0,5% no início da década de 80, saltou para 60% em 1988, enquanto o contrário ocorre com os Recursos do Tesouro.
- Os programas de investimentos propiciados pelo PMS, bem como a descentralização do INAMPS/SUDS, têm estimulado fortemente a participação do Tesouro Paulista com as transformações na Área da Saúde. Os Recursos do Tesouro cresceram, em termos reais, mais de 100% ao longo da década de 80.
- A tendência à desaceleração dos Recursos INAMPS para a Secretaria da Saúde, evidenciada a partir de 1989 e 1990, deverá trazer grande ônus ao setor saúde ou um compromisso ainda maior do Tesouro Paulista com a manutenção do nível atual de desempenho da área.

O gasto per capita em saúde

Como se pode ver na Tabela 5.24, a disponibilidade de recursos públicos estaduais e federais para o Estado de São Paulo, obtida em 1988, representa um *per capita* de US\$ 65 (Dólar médio de 1988), para uma população estimada de 31,5 milhões e US\$ 80 para 1989 com uma população estimada de 32,3 milhões, segundo a Fundação SEADE.

Tabela 5.24
GASTO EM SAÚDE EM SÃO PAULO
REPASSE INAMPS E RECURSO DO TESOIRO
1988-1989

(Em US\$ milhão de 1989)

	1988			1989		
	INAMPS	Tesouro*	TOTAL	INAMPS	Tesouro*	TOTAL
C. governam. (1)	419,1	664,0	1.083,2	506,9	952,8	1.459,7
C. ambulator. (2)	533,4	0,0	533,4	527,6	0,0	527,6
Subtotal	952,5	664,0	1.616,6	1.034,5	952,8	1.987,3
Internações (3)	431,0	0,0	431,0	612,1	0,0	612,1
TOTAL	1.383,5	664,0	2.047,6	1.646,6	952,8	2.599,4
Total público (1)	419,1	664,0	1.083,2	506,9	952,8	1.459,7
Total privado (2+3)	964,4	0,0	964,4	1.139,7	0,0	1.139,7
Per capita (US\$)	44	21	65	51	29	80

FONTE: Balanço Geral do Estado.

Tabela de conversão SEP/CPO.

GTP/SES.

Elaboração: NEPP-UNICAMP.

* Função Saúde (exceto cobertura FUNDES).

Capítulo 6

Perspectivas para a década de 90

Neste capítulo faço uma análise prospectiva do sistema de saúde público em São Paulo, que compreende os seguintes quadros de projeções:

- Projeções de necessidades de consultas e internações por tipo de atendimento, para todo o Estado e Regiões Administrativas até o ano 2000.
- Projeções de necessidades monetárias para fazer face às necessidades de consultas e internações, tendo como referência o custo unitário dessas atividades, na rede pública, para todo o Estado e Regiões Administrativas até o ano 2000.
- Projeção da necessidade de ampliação da capacidade física face às necessidades de consulta, até o ano 2000.
- Projeção de expansão do rendimento das unidades ambulatoriais, para atender as consultas necessárias sem expansão de capacidade física até o ano 2000.

Demandas por consultas e internações até o ano 2000

A demanda por consultas¹ para o Estado de São Paulo deverá expandir-se de 98,8 milhões em 1990 para 127,4 milhões no ano 2000, totalizando 1,2 bilhões de consultas necessárias em toda década. Segundo o tipo de atendimento, a maior expansão de necessidades ocorrerá em consultas para adultos, seguido das consultas em urgência e emergência — as

1. A demanda por consultas é calculada com base nas projeções de crescimento populacional e nos parâmetros de atendimento, explicitados em Anexo.

mesmas deverão expandir-se cerca de 47% e 31%, respectivamente, em 10 anos. Para os demais tipos de atendimento: gineco-obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e especializada, as expansões necessárias situam-se em torno de 30%. Na clínica pediátrica é onde ocorre queda na demanda, cerca de 4%, entre 1990 e 2000. Em números absolutos as necessidades para clínica médica (Saúde do Adulto) passam de 31,6 milhões de consultas necessárias, em 1990, para 46,4 milhões, no ano 2000; as consultas em urgência e emergência de 13,9 para 18,3 milhões; as de pediatria de 20,5 para 19,7; as de gineco-obstetrícia de 11,9 para 15,6; as de cirurgia geral de 2,1 para 2,7; as de psiquiatria de 2,0 para 2,6; as de consultas especializadas de 16,5 para 21,7. Tais projeções que coerentes com as mudanças no perfil demográfico do Estado, sinalizam para um crescimento mais lento da população, com declínio na razão de dependência (proporção da população menor de 15 anos sobre a população entre 15 e 60 anos), apontam para a necessidade de serem priorizadas as ações referentes à Saúde do Adulto e do atendimento de urgência/emergência, neste decênio. A Tabela 6.1 mostra essa situação.

Por Região Administrativa, a necessidade de consultas, de 1990 até o ano 2000, configuraram três tipos de situação:

- regiões que acompanham a expansão de necessidades do Estado como um todo, com taxas de expansão acima de 20% e inferiores a 30%, para o conjunto de consultas. É o caso das regiões da Grande São Paulo, Campinas, Litoral, Marília, Sorocaba e Bauru;
- regiões que superam as taxas do Estado, atingindo uma expansão necessária de consultas de mais de 50%, em seu conjunto: regiões de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Vale do Paraíba;
- regiões de baixa expansão de necessidade, inferiores a 5%: regiões de Araçatuba e Presidente Prudente.

É perceptível o movimento de desconcentração na demanda por consulta médica (Tabela 6.2) — a região da Grande São Paulo perde espaço para outras regiões do interior, e suas necessidades de consultas, no decênio, situam-se abaixo da taxa requerida para o Estado como um todo.

A expansão das necessidades nas Regiões Administrativas do Estado, por tipo de atendimento, também evidencia o crescimento mais acelerado da demanda por consultas em clínica médica (Saúde do Adulto) em urgência e emergência, e decréscimo da demanda por consulta Pediátrica, na grande maioria das Regiões Administrativas. A Tabela 6.3 calcula as taxas de crescimento entre 1990 e 2000, por tipo de assistência, para as onze regiões.

A análise da Tabela 6.3 indica que as necessidades de necessidades, por tipo de consulta, configuraram três situações:

- Regiões onde há necessidade de expansão de mais de 30% na década de 90, para as consultas de clínica médica: regiões da Grande São Paulo, Bauru, Campinas, Litoral, Marília e Sorocaba. Regiões onde a necessidade supera 100%: regiões de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Vale do Paraíba.
- Regiões onde há queda na necessidade de consultas para pediatria: regiões da Grande São Paulo, Araçatuba, Campinas, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e Vale do Paraíba. A maior expansão para esse tipo de atendimento será demandada pela região de Bauru (10%), sendo que para as demais regiões (Litoral, Marília, São José do Rio Preto e Sorocaba) as necessidades de expansão situam-se abaixo de 10%.
- As necessidades para os outros tipos de Atendimento (urgência/emergência, gineco-obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e especializadas) mantêm taxas de expansão bas-

Tabela 6.1
 PROJEÇÃO DAS NECESSIDADES DE CONSULTAS MÉDICAS POR ESPECIALIDADE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1990-2000

(Nº de consultas em milhares)

Anos	Clínica							TOTAL
	Urgência/ Emerg.	Clínica Médica	Pediatria	Gineco- Obstetrícia	Cirurgia Geral	Psiquiatria	Especial	
1990	13.966,05	31.695,58	20.518,24	11.970,90	2.128,16	2.048,35	16.559,74	98.887,03
1991	14.269,94	32.679,64	20.484,94	12.231,38	2.174,47	2.092,92	16.920,07	100.853,37
1992	14.580,71	33.684,71	20.454,49	12.497,76	2.221,82	2.138,50	17.288,56	102.866,55
1993	14.898,53	34.711,30	20.426,87	12.770,17	2.270,25	2.185,12	17.665,40	104.927,62
1994	15.223,54	35.759,95	20.402,07	13.048,75	2.319,78	2.232,79	18.050,77	107.037,64
1995	15.555,92	36.831,20	20.380,10	13.333,64	2.370,43	2.281,53	18.444,87	109.197,70
1996	16.043,34	38.550,30	20.258,66	13.751,43	2.444,70	2.353,02	19.022,81	112.424,26
1997	16.559,77	40.364,89	20.138,65	14.194,09	2.523,39	2.428,77	19.635,15	115.844,70
1998	17.107,76	42.283,51	20.020,06	14.663,80	2.606,90	2.509,14	20.284,92	119.476,09
1999	17.690,14	44.315,55	19.902,88	15.162,98	2.695,64	2.594,55	20.975,45	123.337,18
2000	18.308,98	46.471,32	19.787,08	15.694,27	2.790,09	2.685,46	21.710,41	127.448,62
TOTAL	174.205,68	417.347,94	22.2774,04	149.319,15	26.545,63	25.550,17	206.558,16	1.222.300,77

FONTE: NEPP-UNICAMP, 1990.

FUNDAP. Programa Decenal de Saúde. 1990.

Parâmetro: na faixa etária 0-4: 6,0 consultas habitantes/ano;
 nas demais faixas: 2,8 consultas habitantes/ano.

Tabela 6.2
 DEMANDA DE CONSULTAS MÉDICAS
 ESTADO DE SÃO PAULO E REGIÕES ADMINISTRATIVAS
 1990-2000

(Em milhares)

Ano	Estado de São Paulo	Grande São Paulo	Araçatuba	Bauru	Campinas	Litoral	Marília	Presidente Prudente	Ribeirão Preto	São José Rio Preto	Sorocaba	Vale do Paraíba
1990	98.887,02	51.789,29	1.635,01	2.587,61	12.772,43	4.988,18	2.403,02	2.077,55	6.767,61	3.455,38	5.906,53	4.504,41
1991	100.853,36	52.850,74	1.638,19	2.656,80	13.044,68	5.097,02	2.448,44	2.078,54	6.879,05	3.510,18	6.051,16	4.598,56
1992	102.866,56	53.937,93	1.641,40	2.727,93	13.323,49	5.208,42	2.494,77	2.079,57	6.992,65	3.565,92	6.199,53	4.694,95
1993	104.927,63	55.051,44	1.644,64	2.801,04	13.609,01	5.322,44	2.542,02	2.080,62	7.108,43	3.622,62	6.351,75	4.793,62
1994	107.037,65	56.191,81	1.647,91	2.876,19	13.901,39	5.439,15	2.590,21	2.081,70	7.226,45	3.680,29	6.507,92	4.894,63
1995	109.197,70	57.359,65	1.651,20	2.953,44	14.200,79	5.558,59	2.639,36	2.082,81	7.346,74	3.738,95	6.668,15	4.998,02
1996	112.424,25	58.371,91	1.653,30	3.031,94	14.469,46	5.665,88	2.696,30	2.084,12	8.042,45	4.101,83	6.813,76	5.493,30
1997	115.844,72	59.403,56	1.655,43	3.112,61	14.743,64	5.775,34	2.754,53	2.085,47	8.808,51	4.501,77	6.962,79	6.041,07
1998	119.476,09	60.454,96	1.657,58	3.195,49	15.023,43	5.887,00	2.814,08	2.086,85	9.651,97	4.942,56	7.115,31	6.646,86
1999	123.373,18	61.526,48	1.695,75	3.280,66	15.308,96	6.000,92	2.874,98	2.088,26	10.580,61	5.428,38	7.271,39	7.316,79
2000	127.448,64	62.618,50	1.661,95	3.368,17	15.600,33	6.117,15	2.937,26	2.089,71	11.602,99	5.963,84	7.431,13	8.057,61

FONTE: NEPP, 1990.

Tabela 6.3
 CRESCIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS
 POR ESPECIALIDADE
 ESTADO DE SÃO PAULO E REGIÕES ADMINISTRATIVAS
 DÉCADA DE 80

(Em %)

	Estado de São Paulo	Grande São Paulo	Araçatuba	Bauru	Campinas	Litoral	Marília	Presidente Prudente	Ribeirão Preto	São José Rio Preto	Sorocaba	Vale do Paraíba
Urgência/Emergência	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Clínica Médica	47	36	9	41	34	34	32	8	112	110	36	129
Pediatria	-4	-7	-11	10	-3	3	5	-12	-2	3	7	-1
Gineco-Obstetrícia	29	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Cirurgia Geral	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Psiquiatria	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
Especial	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85
TOTAL	29	21	2	30	22	23	22	1	71	73	26	79
Internacional	31	23	3	32	24	24	24	2	77	77	28	85

FONTE: NEPP, 1990.

tante próximas das taxas encontradas para o conjunto das consultas por Região Administrativa.

- As necessidades de internações, para o Estado de São Paulo, indicam uma demanda de 3,8 milhões de internações para 1990, e 5,0 milhões para o ano 2000, totalizando, na década, 47,9 milhões internações.

Por tipo de internação, a maior taxa de expansão na demanda ocorrerá em clínica médica (Saúde do Adulto) (46%). A pediatria tem taxa negativa (-3%), ou seja, no ano 2000, será necessário um menor número de internação nessa clínica. As demais internações (obstetrícia, cirúrgica e psiquiátrica) mantêm necessidades de taxas de expansão semelhantes às requeridas para o conjunto das internações (31%).

Para as onze Regiões Administrativas, temos:

- regiões de maior necessidade de internações (taxas superiores a 70%): regiões do Vale do Paraíba, São José do Rio Preto e Ribeirão;
- regiões de necessidades próximas às taxas de expansão requeridas para o Estado como um todo (31%): regiões da Grande São Paulo, Bauru, Campinas, Litoral, Marília e Sorocaba;
- regiões de baixa necessidade: Araçatuba e Presidente Prudente (menos de 5% de expansão requerida de internação).

As Tabelas 6.4 e 6.5 quantificam as necessidades de internações para o Estado, por tipo de atendimento, e para as onze regiões administrativas.

Tabela 6.4
PROJEÇÃO DAS NECESSIDADES DE INTERNAÇÕES
MÉDICAS, POR ESPECIALIDADE
ESTADO DE SÃO PAULO
1990-2000

(Nº de internações em milhares)

Anos	Clínica					TOTAL
	Obstétrica	Cirúrgica	Psiquiátrica	Médica	Pediátrica	
1990	1.064,08	698,30	152,96	1.313,10	615,54	3.843,99
1991	1.987,23	713,50	156,29	1.353,97	616,74	3.927,63
1992	1.110,91	729,04	159,69	1.395,51	618,02	4.013,17
1993	1.135,13	744,93	163,17	1.438,04	619,38	4.100,64
1994	1.159,89	761,18	166,73	1.481,48	620,81	4.190,10
1995	1.185,21	777,80	170,37	1.525,86	622,33	4.281,58
1996	1.222,35	802,17	175,71	1.597,08	618,42	4.415,74
1997	1.261,70	827,99	181,37	1.672,26	614,57	4.557,88
1998	1.303,45	855,39	187,37	1.751,75	610,76	4.708,71
1999	1.347,82	884,51	193,75	1.835,93	606,99	4.869,00
2000	1.395,05	915,50	200,54	1.925,24	603,28	5.039,61
TOTAL	13.272,81	8.710,28	1.907,97	17.290,13	6.766,85	47.948,04

FONTE: NEPP, 1990.

FUNDAP. Programa Decenal de Saúde, 1990.

Tabela 6.5
 DEMANDA DE INTERNAÇÕES MÉDICAS
 ESTADO DE SÃO PAULO E REGIÕES ADMINISTRATIVAS
 1990-2000

(Em milhares)

Ano	Estado de São Paulo	Grande São Paulo	Araçatuba	Bauru	Campinas	Litoral	Marília	Presidente Prudente	Ribeirão Preto	São José Rio Preto	Sorocaba	Vale do Paraíba
1990	3.843,98	2.017,06	63,42	100,57	498,06	193,17	93,09	80,55	262,20	134,23	227,76	173,87
1991	3.927,63	2.062,69	63,60	103,40	509,60	197,68	94,96	80,66	266,98	136,51	233,69	177,86
1992	4.012,91	2.109,36	63,79	106,31	521,40	202,03	96,86	80,78	271,84	138,83	239,78	181,93
1993	4.100,66	2.157,08	63,97	109,30	533,48	207,03	98,80	80,89	276,79	141,19	246,03	186,10
1994	4.190,10	2.205,88	64,16	112,37	545,83	211,87	100,77	81,00	281,82	143,59	252,44	190,37
1995	4.281,58	2.255,78	64,34	115,53	558,48	216,82	102,79	81,12	286,95	146,03	259,01	194,73
1996	4.415,72	2.298,15	64,48	118,73	569,71	221,22	105,13	81,25	315,79	160,96	265,05	215,25
1997	4.557,87	2.341,32	64,62	122,03	581,18	225,71	107,52	81,37	347,53	177,43	271,22	237,94
1998	4.708,70	2.385,30	64,76	125,41	592,88	230,29	109,96	81,50	382,46	195,58	277,54	263,02
1999	4.869,00	2.430,10	64,90	128,89	604,81	234,96	112,46	81,63	420,91	215,59	284,00	290,75
2000	5.039,61	2.475,75	65,04	132,47	616,98	239,73	115,02	81,76	463,21	237,64	290,62	321,39

FONTE: NEPP, 1990.

Tabela 6.6
 PROJEÇÃO DAS NECESSIDADES DE CONSULTAS MÉDICAS POR ESPECIALIDADE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1990-2000

(Em US\$ milhão)

Anos	Clínica							TOTAL
	Urgência/ Emerg.	Clínica Médica	Pediatria	Gineco- Obstetrícia	Cirurgia Geral	Psiquiatria	Especial	
1988	181,00	410,77	265,92	155,14	27,58	25,15	203,48	1.217,00
1989	184,94	423,53	265,48	158,52	28,18	25,82	208,95	1.247,39
1990	188,97	436,55	265,09	161,97	28,79	26,61	215,28	1.284,42
1991	193,08	449,86	264,73	165,50	29,42	27,19	219,98	1.310,32
1992	197,30	463,45	264,41	169,11	30,06	27,79	224,86	1.337,27
1993	201,60	477,33	264,13	172,80	30,72	28,42	229,94	1.365,32
1994	207,92	499,61	262,55	179,22	31,68	29,07	235,22	1.394,53
1995	214,61	523,13	261,00	183,96	32,70	29,75	240,72	1.424,94
1996	221,72	547,99	259,46	190,04	33,79	30,33	245,36	1.451,15
1997	229,26	574,33	257,94	196,51	34,94	30,92	250,18	1.478,38
1998	237,30	602,27	256,44	203,40	36,16	31,54	255,19	1.506,65
1999	219,43	533,52	271,05	185,79	33,65	32,18	260,40	1.536,02
2000	223,99	548,94	270,96	189,65	34,35	32,85	265,81	1.566,55
TOTAL	2.574,74	6.039,89	3.497,58	2.179,95	394,79	377,62	3.055,37	18.119,94

Elaboração: NEPP-UNICAMP, 1990.

Parâmetro: na faixa etária 0-4: 6,0 consultas habitantes/ano;

nas demais faixas: 2,8 consultas habitantes/ano.

Custo médio apurado consulta: US\$ 12,96.

Concluindo, podemos dizer que a demanda para a década de 90, no tocante a consultas e internações no Estado de São Paulo, revela que as expansões necessárias situam-se em torno de 29% para o conjunto de consultas e 31% para o total de internações. Por Região Administrativa, as maiores expansões, tanto em número de consultas quanto em internações, ocorrerão nas regiões do Vale do Paraíba, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto. Vale destacar o decréscimo nas taxas de expansão da demanda para a Região Metropolitana da Grande São Paulo em face das outras regiões do interior, o que configura uma enorme desconcentração da demanda por consultas e internações médicas.

Por tipo de atendimento, destacam-se o crescimento nas necessidades de consulta e internações em Saúde do Adulto. As necessidades em consulta e internação em pediatria são decrescentes para várias regiões do Estado e para o conjunto do Estado.

A ênfase por ações referentes à Saúde do Adulto em urgência e emergência e as tendências do perfil de morbi-mortalidade no Estado — no adulto são mais frequentes as mortes por problemas cardiovasculares, neoplasmas e violência — deverão impor importantes mudanças no tipo de atendimento de saúde prestado pela rede pública. Esses tipos de patologias são mais complexos de serem detectados ou tratados, propiciando a introdução de novos tipos de diagnóstico e terapêutica, que necessitam de exames e tecnologia de alto custo, equipamentos específicos e um sistema de prevenção mais eficiente. Disso decorre uma mudança no perfil e no padrão do gasto público em saúde.

O atendimento de urgência e emergência é realizado por prontos-socorros e como os mesmos são escassos, será necessário a expansão do sistema de urgência e emergência, dentro dos sistemas locais de saúde. Para isso, deve-se equipar um número maior de unidades básicas, bem como melhorar a retaguarda hospitalar nas áreas periféricas, onde a oferta de leitos hospitalares é escassa. Além disso serão necessárias melhorias do espaço social urbano, nível de vida, emprego e renda, de forma a diminuir as mortes por violência (homicídios, acidentes de trânsito etc.).

Da mesma forma serão necessárias mudanças nos hábitos alimentares e culturais da sociedade, e de sua conscientização em eliminar ou diminuir sua exposição aos fatores de risco.

Em estudo recente sobre o perfil epidemiológico da população paulista na década de 80, Eduardo e Soboll (1990) afirmam:

levando-se em consideração o maior contingente de população adulta e velha na década de 90, que estará demandando serviços mais especializados e principalmente hospitalar, exatamente, pela ausência na década anterior de programas efetivos de prevenção das doenças crônico-degenerativas a nível ambulatorial, é que a política de saúde deve se reorientar, para que os serviços ambulatoriais, no menor prazo possível, equipem-se e se reordenem, no desenho da referência e da contra-referência, melhorando a assistência médica prestada (prevenção/cura) pela rede básica e incorporando e tornando acessível, através de unidades especializadas, o atendimento de maior complexidade à população. A rede básica deve estar preparada para enfrentar precocemente, acompanhar e controlar o câncer, a hipertensão, as diabetes e as demais doenças crônico-degenerativas, seja através do controle dos fatores de risco no meio ambiente, seja acompanhando patologias que desencadeiam quadros mais graves. Para isso, é fundamental que a rede disponha de infra-estrutura adequada de apoio diagnóstico e terapêutica. Complementarmente, há que expandir ou integrar a rede ambulatorial especializada para atuar especificamente como centros de referência da rede básica. Essas medidas permitirão reduzir tanto as despesas com serviços ambulatoriais de alto

custo, como os custos de internações por essas patologias, que são muito altos, e ineficientes para reduzir os problemas de saúde encontrados nesse padrão epidemiológico.

Demanda por consulta e internações em unidades monetárias

Foram calculadas as necessidades de consultas e internações em termos de unidades monetárias, multiplicando-se a demanda pelo custo unitário de consulta e internação com base nas planilhas de custo do SUDS de Mauá².

Para 1990 serão necessários 1,2 bilhões de dólares para cobrir o custo total de consultas, e 5,4 bilhões para o custo total de internações no Estado.

No ano 2000, o custo de consultas e internações ascende para 1,6 e 7,1 bilhões de dólares, respectivamente, mantendo-se inalterado o custo unitário do atendimento.

A partir desse levantamento foram feitas duas hipóteses:

- a. necessidades de recursos para cobrir 50% das consultas e 20% das internações;
- b. necessidades de recursos para cobrir 80% das consultas e 20% das internações.

As hipóteses foram levantadas com base no padrão médio de atendimento em consulta do SUDS, em 1988 (cobertura de 50%), e na previsão de expansão para 80%; e tendo em vista que o SUDS cobre 80% das internações necessárias — 20% por hospitais públicos (dos dife-

Tabela 6.7
PROJEÇÃO DAS NECESSIDADES DE INTERNAÇÕES
MÉDICAS, POR ESPECIALIDADE
ESTADO DE SÃO PAULO
1990-2000

(Em US\$ milhão)

Anos	Clínica					TOTAL
	Obstétrica	Cirúrgica	Psiquiátrica	Médica	Pediátrica	
1990	1.516,81	995,41	218,04	1.871,79	877,44	5.479,49
1991	1.549,82	1.017,07	222,79	1.929,90	879,14	5.998,72
1992	1.583,57	1.939,22	227,64	1.989,26	880,97	5.720,65
1993	1.618,09	1.061,87	232,60	2.049,88	882,90	5.845,34
1994	1.653,39	1.085,03	237,67	2.111,81	884,95	5.972,86
1995	1.689,49	1.108,72	242,86	2.175,07	887,12	6.103,27
1996	1.742,42	1.143,46	250,47	1.597,08	881,55	6.294,50
1997	1.798,51	1.180,27	258,54	1.672,26	876,04	6.497,12
1998	1.858,03	1.219,33	267,09	1.751,75	870,61	6.712,12
1999	1.921,28	1.260,84	276,18	1.835,93	865,25	6.940,61
2000	1.988,60	1.305,02	285,86	1.925,24	859,96	7.183,81
TOTAL	18.920,00	1.2416,25	2.719,75	24.646,56	9.645,94	6.8348,49

FONTE: NEPP, 1990.

FUNDAP. Programa Decenal de Saúde, 1990.

Parâmetro: 0,116 internações/habitante/ano.

Custo médio apurado consulta: US\$ 1.425,47.

2. Custo médio apurado de consulta: US\$ 12,96.

rentes níveis) e o restante pela rede privada contratada. Mas, como no gasto da Função Saúde de 1989, os recursos para o pagamento da rede privada — as AIHs — não tinham sido, ainda, incorporado, pois não foi repassada ao Estado a hipótese de internação, fixou-se em 20%.

Na primeira hipótese, em 1990, necessita-se de 1,7 bilhões de dólares e, no ano 2000, de 2,2 bilhões; na segunda, de 2,1 bilhões, em 1990, e 2,7 bilhões, no ano 2000. Comparando esses números com o gasto da Função Saúde³, tem-se:

- na primeira hipótese, o gasto da Função Saúde, em 1990, somente cobre 98% dos custos de consultas e internações;
- na segunda hipótese, cobre 80%. No ano 2000, as coberturas são de 75% e 62%, para a primeira e segunda hipótese, respectivamente.

É importante ressaltar que o resultado está baseado em custos de um sistema (ERSA de Mauá) que possivelmente não reflete o universo do sistema. Por outro lado, o pagamento à rede privada está bastante distante desse padrão de custos, o que ocasiona uma superestimação das necessidades financeiras do sistema⁴. Se supusermos que o SUS atende 50% da demanda de consultas e 80% das internações, as necessidades financeiras ascenderiam a 5,0 bilhões de dólares, em 1990. O valor gasto em internações, em São Paulo, representou 612,1 milhões de dólares, em 1989, o que somado ao gasto da Função Saúde representa 2,3 bilhões de dólares. Então, tem-se um déficit projetado do sistema de quase três bilhões de dólares. Isso permite avaliar o quão distante situa-se esse padrão de custos, do efetivamente operado pelo sistema, e do padrão de remuneração dos serviços pagos à rede privada.

Outro exercício que pode ser feito é calcular a necessidade de recursos para esse decênio, em função do gasto *per capita* em saúde. Consideramos dois padrões de gastos para o Estado de São Paulo:

- gastos *per capita* de 80 dólares;
- gastos *per capita* de 150 dólares.

Na hipótese de gasto *per capita* de 80 dólares, a necessidade de recursos atinge 2,6 bilhões de dólares em 1990, e 3,49, no ano 2000. Para a segunda hipótese (150 dólares) as necessidades passam de 4,99 bilhões de dólares, em 1990, para 6,54, no ano 2000.

Comparando-se com o gasto total da Função Saúde, em 1989, tem-se:

- Na primeira hipótese, o gasto da Função Saúde só cobre 64% da necessidade de recursos, para 1990. No ano 2000, a necessidade financeira corresponde a 49% do gasto da Função Saúde.
- Na segunda hipótese, o gasto da Função Saúde cobre 34% das necessidades, em 1990, e somente 26% no ano 2000.

Cabe assinalar o quanto estamos defasados do padrão de gasto em saúde dos países desenvolvidos — em média, 2.000 dólares *per capita* — mesmo no Estado mais rico da Federação, pois para atingirmos um gasto de US\$ 150 por habitante, ao final da década de 90, deverá ocorrer uma expansão de quase quatro vezes no montante do gasto do Estado, em relação a 1989.

3. Gasto da Função Saúde em 1989: 1,71 bilhões de dólares (dólar médio de 1988).

4. As consultas pagas à rede privada, no final de 1990, por tipo de atendimento, variam de Cr\$ 185,79 a Cr\$ 4.111,30; as internações, por tipo de atendimento, de Cr\$ 4.119,26 a Cr\$ 57.731,35.

Tabela 6.8
 COBERTURA DAS NECESSIDADES PROJETADAS
 EM CONSULTA E INTERNAÇÃO
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1989-2000

Anos	Custo projetado de consultas (A)	Custo projetado de internações (B)	Recurso necessário Total C = (50%A) + (20%B)	Recurso necessário Total D = (80%A) + (20%B)	Percentual de cobertura em C (%)	Percentual de cobertura em D (%)
1990	1,28	5,47	1,73	2,12	98,04	80,26
1991	1,30	5,59	1,77	2,16	96,15	78,78
1992	1,33	5,72	1,81	2,21	93,97	76,99
1993	1,35	5,84	1,84	2,25	92,24	75,62
1994	1,38	5,97	1,88	2,30	90,23	73,98
1995	1,41	6,10	1,92	2,35	88,31	72,40
1996	1,45	6,29	1,98	2,42	85,73	70,31
1997	1,50	6,49	2,05	2,50	83,01	68,05
1998	1,54	6,71	2,11	2,57	80,49	66,05
1999	1,59	6,94	2,18	2,66	77,87	63,91
2000	1,65	7,18	2,26	2,76	75,19	61,68

FONTE: NEPP-UNICAMP, 1990.

Função Saúde: 448,40 bilhões de NCz\$ de 1988/US\$ 1,71 bilhões (dólar médio de 1988).

Tabela 6.9
 PROJEÇÕES E COBERTURA DO GASTO PER CAPITA
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1990-2000

Anos	População total	Y=80 US\$	Z=150 US\$	W=Y/1,7 (%)	K=Z/1,7 (%)
1990	33.252,50	2,66	4,99	63,90	34,08
1991	33.976,10	2,72	5,10	62,54	33,36
1992	34.716,00	2,78	5,21	61,21	32,65
1993	35.472,70	2,84	5,32	59,91	31,95
1994	36.246,50	2,90	5,44	58,63	31,27
1995	37.037,90	2,96	5,56	57,37	30,60
1996	38.198,40	3,06	5,73	55,63	29,67
1997	39.428,00	3,15	5,91	53,90	28,74
1988	40.732,30	3,26	6,11	52,17	27,82
1999	42.119,40	3,37	6,32	50,45	26,91
2000	43.595,20	3,49	6,54	48,74	26,00

FORNTE: NEPP, 1990.

Função Saúde (1989): US\$ 1,71 bilhões (dólar médio de 1988).

Demanda de consultas X expansão da capacidade física

Para o cálculo do investimento em unidades básicas de saúde, tomou-se como base principal o déficit de consultas apurado em 1989⁵.

Os resultados obtidos indicam um déficit de 6.952.887 consultas, ou seja, 7,22% da meta referencial de 96 milhões de consultas, para todo o Estado, em 1989.

Constatou-se então que serão necessárias 330 novas UBS para cobrir o déficit acumulado em consultas até o ano 2000, que será de 31 milhões. O custo de construção dessas unidades será de 517 milhões de dólares que, somados a um custo projetado para a readaptação e manutenção das antigas Unidades de Saúde, na década de 90, eleva o patamar de recursos necessários a 2,3 bilhões de dólares. O cálculo indica que em cada ano dessa década deverão ser investidos 10% de tudo o que foi gasto em saúde, no Estado, em 1989, ou seja, o patamar de investimento necessário é bastante alto, tendo em vista que significa manter a média da taxa de investimento da década de 80 (ao redor de 10% do gasto total).

5. A sistemática de cálculo do déficit constituiu uma diferença entre a meta referencial (população X parâmetros de atendimento) e a Produção Potencial da Capacidade Física. A Produção Potencial da Capacidade Física é avaliada com base no rendimento máximo da capacidade instalada de ambulatórios e consultórios existentes no final de 1988, cuja fonte foi a Secretaria da Saúde de São Paulo, Sistema de Controle Orçamentário (SCO). O resultado desse procedimento indica a defasagem da rede pública, em termos de capacidade instalada, em relação às necessidades reais de consultas da população. É importante salientar que a produção real de consultas da rede pública, em 1989, encontrava-se abaixo da produção potencial de capacidade física de 1988. Isto decorre por vários tipos de limitação tais como: como falta de recursos humanos apropriados, deficiência no gerenciamento das atividades e, até mesmo, falta de investimento em manutenção e readaptação da rede existente.

Para o cálculo do déficit nos demais anos, a partir de 1990, toma-se como base o incremento de consultas do ano (aplicação dos parâmetros ao incremento populacional do ano).

O cálculo do número de UBS adicionais a serem construídas é dado pela relação entre o déficit anual e a capacidade de atendimento de uma UBS. Os demais procedimentos metodológicos utilizados estão explicitados em Anexo.

Tabela 6.10
 DÉFICIT DE CONSULTAS MÉDICAS
 EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO POTENCIAL
 DE CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA DA REDE PÚBLICA
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1989

	Produção potencial capacidade física ^a (C)	Meta referencial ^b (D)	Déficit (C-D)	(%) (C-D)/D
Urgência/Emergência	1.364.164	13.886.860	-12.522.696	-90,18%
Clínica Médica	22.406.522	31.415.237	-9.008.715	-28,68%
Pediatria	33.412.560	20.673.542	12.739.018	61,62%
Gineco-Obstetetrícia	13.823.425	11.757.542	2.065.883	17,57%
Psiquiatria	4.108.120	2.036.744	2.071.376	101,70%
Especialidades	14.181.322	16.479.076	-2.297.754	-13,94%
TOTAL	89.296.113	96.249.001	-6.952.888	0-7,22%

FONTES: SES/GTP.

FUNDAP. Programa Decenal de Saúde, 1990.

a. A produção potencial de capacidade física é avaliada com base no rendimento máximo da capacidade instalada existente no final de 1988.

b. O item "cirurgia geral" foi distribuído proporcionalmente pelas metas das demais especialidades.

Tabela 6.11
 NECESSIDADE DE INVESTIMENTO EM UNIDADES
 BÁSICAS DE SAÚDE PARA REALIZAR A META
 REFERENCIAL DE CONSULTAS MÉDICAS
 ESTADO DE SÃO PAULO
 1989-2000

Anos	Meta referencial (consultas) (A)	Déficit anual* (consultas) (B)	(%)(B/A)	Investimento (milhares)				
				Construção		Custo	Readaptação/manutenção	Custo total
				UBS necessárias (1)	UBS (2)			
1989	96.249.000	(6.952.887)	-7,22	72	—	0	200.651,53	200.651,53
1990	99.106.240	(2.857.240)	-2,88	30	—	0	200.651,53	200.651,53
1991	101.104.360	(1.998.120)	-1,98	21	14	22.935,17	200.651,53	223.586,70
1992	103.183.960	(2.079.600)	-2,02	22	22	34.100,61	202.326,13	236.426,74
1993	105.348.880	(2.164.920)	-2,06	23	63	98.413,90	111.075,79	209.489,69
1994	107.602.720	(2.253.840)	-2,09	23	50	78.782,20	118.261,43	197.043,63
1995	109.949.400	(2.346.680)	-2,13	24	47	73.870,03	124.013,67	197.883,70
1996	111.971.560	(2.022.160)	-1,81	21	40	63.722,75	129.407,25	193.130,00
1997	114.071.960	(2.100.400)	-1,84	22	22	34.441,68	134.059,93	168.501,61
1998	116.253.720	(2.181.760)	-1,88	23	23	35.775,80	136.574,67	172.350,47
1999	118.520.320	(2.266.600)	-1,91	24	24	37.166,97	139.186,82	176.353,79
2000	120.875.120	(2.354.800)	-1,95	25	25	38.613,25	141.900,55	180.513,80
TOTAL	1.304.237.240	(31.579.007)	-2,42	330	330	517.822,36	1.838.760,83	2.356.583,19

FONTE: SES/Centro Técnico de Engenharia (CTE).
 SES/Grupo de Gerência Hospitalar (GGH).
 FUNDAP. Programa Decenal de Saúde 1990.

* Déficit de 1989: déficit de capacidade física instalada.

Demais anos: consultas necessárias ano anterior + incremento consultas do ano.

Unidades a serem construídas = Déficit anual / Capacidade de atendimento de 1 UBS média

(1) Essas UBS são necessárias para cumprir a meta referencial, mas serão construídas no decorrer da década, conforme coluna (2).

(3) Custo Construção: número de UBS X Custo Construção 1 UBS (construção civil + equipamento).

(4) Readaptação/manutenção: número de UBS do ano anterior X índice de depreciação.

Necessidades de consulta X rendimento da capacidade física

Nas Tabelas 6.12 e 6.13 estão projetadas as necessidades de consultas versus a capacidade física. Se cada unidade trabalhasse com o rendimento máximo esperado (96 mil consultas/ano por unidade), só seriam necessários 1.259 centros de saúde, em todo o Estado. Se o rendimento fosse o máximo alcançado na década de 80 (16.580 consultas/ano por unidade), seriam necessários 7.424 centros de saúde. A capacidade física do Estado, em 1990, é de 3.350 unidades e até o ano 2000 prevê-se uma ampliação para 3.418. Portanto, se o rendimento não se alterar e a expansão de capacidade for a prevista, ocorrerá um déficit de 2.158 unidades. Entretanto, se o rendimento for o máximo, ocorrerá um superávit de 4.006 unidades.

Em face das necessidades de consulta e da capacidade física existente (com a ampliação prevista), projetou-se o crescimento necessário, no rendimento dos ambulatórios, para realizar essas mesmas consultas sem ampliação da capacidade física. O resultado é o seguinte: o rendimento deverá subir de 16.280 consultas/ano, por unidade, para 35.364 consultas/ano, expandindo-se à uma taxa uniforme de 27,6% ao ano.

É evidente que deverão, então, ser priorizados os investimentos em instrumentos que elevem a produtividade do sistema, pois a simples expansão da capacidade física, além de implicar um gasto anual de 230 milhões de dólares até 1990 (10% do gasto em saúde de 1989), não imporá, por isso só, novos parâmetros operacionais à rede.

Tabela 6.12
COMPARAÇÃO DAS PROJEÇÕES DE RENDIMENTO
ESTADO DE SÃO PAULO
1990-2000

Anos	Consultas projetadas*	Capacidade teórica (1)	Capacidade real (2)	Capacidade instalada (3)	Déficit (4) = (1)-(3)	Déficit (5) = (2)-(3)
1990	98.887,03	1.030,07	6.074,14	3.358,00	-2.327,93	2.716,14
1991	100.853,37	1.050,56	6.194,92	3.402,00	-2.351,44	2.792,92
1992	102.866,55	1.071,53	6.318,58	3.418,00	-2.346,47	2.900,58
1993	104.927,62	1.093,00	6.445,19	3.418,00	-2.325,00	3.027,19
1994	107.037,64	1.114,98	6.574,79	3.418,00	-2.303,02	3.156,79
1995	109.197,70	1.137,48	6.707,48	3.418,00	-2.280,52	3.289,48
1996	112.424,26	1.171,09	6.905,67	3.418,00	-2.246,91	3.487,67
1997	115.844,70	1.206,72	7.115,77	3.418,00	-2.211,28	3.697,77
1998	119.476,09	1.244,54	7.338,83	3.418,00	-2.173,46	3.920,83
1999	123.337,18	1.284,76	7.575,99	3.418,00	-2.133,24	4.157,99
2000	127.448,62	1.327,59	7.828,54	3.418,00	-2.090,41	4.410,54

FONTE: NEPP-UNICAMP, 1990.

(1) Capacidade física necessária com rendimento teórico.

Parâmetros teóricos de rendimento: $8 \times 12 \times 4 \times 250 = 96.000$ consultas/ano.

(2) Capacidade física necessária com rendimento máximo real.

Rendimento máximo real do sistema, na década de 80, foi de 16.280 consultas/ano.

(3) Capacidade instalada no final de 1989.

(4) Superávit de centros de saúde com rendimento teórico.

(5) Déficit de centros de saúde com rendimento real.

Tabela 6.13
 AUMENTO DE RENDIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE
 SEM AUMENTO DA CAPACIDADE INSTALADA
 1990-2000

Anos	Consultas projetadas	Capacidade instalada	Rendimento real ^a	Rendimento projetado ^b	Aumento de rendimento	Taxa de aumento	Taxa rel. anual	Taxa de aumento único
1990	98.887,03	3.358	16.280	29.448,19	13.168	80,89	81,29	27,61
1991	100.853,37	3.402	16.280	29.645,32	13.365	82,10	1,50	31,09
1992	102.866,55	3.418	16.280	30.095,54	13.816	84,86	4,92	27,61
1993	104.927,62	3.418	16.280	30.698,54	14.419	88,57	9,50	27,61
1994	107.037,64	3.418	16.280	31.315,87	15.036	92,36	14,18	27,61
1995	109.197,70	3.418	16.280	31.947,83	15.668	96,24	18,98	27,61
1996	112.424,26	3.418	16.280	32.891,83	16.612	102,04	26,15	27,61
1997	115.844,70	3.418	16.280	33.892,54	17.613	108,19	33,75	27,61
1998	119.476,09	3.418	16.280	34.954,97	18.675	114,71	41,82	27,61
1999	123.337,18	3.418	16.280	36.084,61	19.805	121,65	50,40	27,61
2000	127.448,62	3.418	16.280	37.287,48	21.007	129,04	59,53	27,61

FONTE: NEPP-UNICAMP, 1990.

a. Rendimento máximo real do sistema na década de 80.

b. Consultas projetadas divididas por capacidade instalada.

Cenários alternativos

Os quadros de projeções indicam, resumidamente, que:

- as demandas por consultas e internações tendem a desconcentrar-se, crescendo mais no interior do Estado do que na Região Metropolitana de São Paulo;
- ganham espaço nas atividades de saúde as ações referentes à Saúde do Adulto em urgência e emergência, implicando custos mais altos para o sistema;
- para um padrão de gasto de 150 dólares *per capita* mais compatível com o novo patamar de gasto imposto pelo perfil epidemiológico da população, as necessidades financeiras ascendem a quase sete bilhões de dólares no ano 2000, quatro vezes o patamar de gasto em saúde, no Estado, em 1989;
- a necessidade de investimento para a década de 90 ainda é expressiva, ao redor de 233 milhões de dólares ao ano — 10% do gasto em saúde, no Estado, em 1989;
- pode-se substituir investimento em capacidade física por aumento em produtividade — as necessidades para a década de 90 são de que haja uma duplicação no rendimento médio das unidades ambulatoriais (de 16 para 35 mil consultas/ano por unidade) para compensar uma não-expansão da capacidade física.

Essas indicações terminam por colocar para o sistema de saúde alguns novos desafios, quais sejam: atender adultos e aumentar a cobertura em urgência e emergência; cuidar das doenças do desenvolvimento; combinar preventivo e curativo, em que o preventivo atue de forma mais eficiente; desenvolver políticas de recursos humanos, que impliquem saltos de produtividade; aumentar o rendimento médio dos serviços, através da ampliação das horas de atendimento e da readequação dos centros de saúde (ampliação do número de consultórios etc.); criar mecanismos institucionais de integração dos serviços mais eficientes; implementar a municipalização com instrumentos que superem a simples forma convênios; adotar sistemas gerenciais para o nível local que permitam o aprofundamento do processo de descentralização de forma a dar conta das especificidades regionais e do processo de desconcentração de demanda; expandir os instrumentos de captação de recursos para saúde; redefinir os parâmetros de relacionamento com o setor privado, inclusive os financeiros, de forma a propiciar uma integração de complementaridade com o mesmo.

Pode-se dizer, em resumo, que diminuirão os riscos da população em adoecer e morrer, caso o sistema de saúde combine ações que atuem tanto sobre as doenças do subdesenvolvimento quanto sobre as do desenvolvimento de forma mais eficiente e efetiva. Para isso o Estado deverá expandir, ainda, a rede de água e esgoto, principalmente nas periferias das grandes cidades de forma a diminuir o risco de doenças evitáveis por saneamento. Reduzir as causas de mortes infantis perinatais, implementando a assistência médica à gestante na rede ambulatorial e melhorar o atendimento hospitalar ao parto e ao recém-nascido. Por último, introduzir na rede básica atendimento em pediatria e puericultura, condutas para o controle das doenças respiratórias, terapias de reidratação oral, controle da desnutrição, manutenção do programa de rotina e intensificação da cobertura vacinal nas áreas de risco, vigilância das doenças transmissíveis e vigilância sanitária.

Segundo Eduardo e Soboll (1990),

modelo de saúde para a década de 90 não deverá prescindir de conjuntos hospitalares; ao contrário, a retaguarda hospitalar deverá fazer parte integrante do sistema de saúde, mas de forma racionalizada ... propõe-se, no que se refere à estrutura dos serviços de saúde, melhorar a qualidade da assistên-

cia médica em geral (ambulatorial e hospitalar), e em particular, reorganizar a rede ambulatorial, estabelecendo uma nova hierarquização e complexidade de suas unidades. A rede básica por sua vez deverá ter um papel de prevenção e cura, assumindo, portanto, uma nova tipologia de organização de seus serviços e reaproveitando sua capacidade física e de pessoal para as ações mais consistentes. A crise atual do setor de saúde geralmente expressa de forma mais veemente pela crise do setor hospitalar, nada mais é do que o reflexo da ineficiência das práticas ambulatoriais de prevenção e cura, ao lado de um aumento proporcional de uma população adulta e em processo de envelhecimento.

Portanto, para que isso ocorra, o sistema deverá atuar de forma a implementar os novos desafios. Entretanto, os mesmos só poderão ser implementados tendo em vista o contexto econômico e político década de 80, em nível estadual e nacional.

O Estado de São Paulo deverá defrontar-se na década de 90 com várias dúvidas do ponto de vista do seu desenvolvimento econômico, político e social. A década de 80 caracterizou-se como sendo a da crise econômica com interiorização do crescimento, com perda relativa da região da Grande São Paulo no total do produto industrial. Do ponto de vista demográfico, houve retração no crescimento, mas foi significativo o movimento migratório para o Estado. Cabe observar que a desconcentração econômica fez-se acompanhar de desconcentração demográfica, implicando sérios problemas para as novas regiões metropolitanas do interior (de abastecimento de água, saneamento, transporte, habitação etc.). Do ponto de vista social, a despeito da crise, e bastante influenciados pelos ciclos eleitorais, expandiram-se os serviços sociais, o que ocasionará, para a década de 90, necessidades em investimentos de tipo mais "fino" que redundem em maior efetividade nas ações a serem implementadas.

Como tendência geral deverá, prosseguir o processo de descentralização das atividades econômicas da Grande São Paulo para o interior nos anos 90.

Quanto aos cenários para a política de saúde, esta estará na dependência do crescimento dos recursos do Tesouro para o gasto em saúde, tendo em vista o recuo nos recursos federais. Além disso, ela precisará da maior disponibilidade do Estado em imprimir novos parâmetros de atuação, de forma a manter constante o processo de reforma e reestruturações da década de 80, ao lado de programas institucionais inovadores e visando a área de recursos humanos. Por outro lado, a continuidade do processo de municipalização pode vir a neutralizar também os efeitos de uma crise mais séria no setor saúde. A despeito do cenário federal, o que nos parece mais importante no momento é vincular mais os caminhos das políticas de saúde à capacidade dos Estados e dos Municípios de imprimirem curso próprio a elas, mesmo porque a tendência de descentralização mais geral no Estado certamente favorecerá uma maior autonomia dos níveis locais.

Conclusão

Esta Conclusão apresenta um balanço das tendências da política de saúde nos anos 80, analisando a questão específica da municipalização no Estado de São Paulo e os limites impostos para o desenvolvimento do sistema estadual de saúde.

Como vimos, a área de saúde, no Estado de São Paulo, nos anos 80, foi alvo de profundas modificações. Do ponto de vista institucional, processaram-se reformas e reestruturações que conformaram, ao final da década, um novo modelo de atendimento, com as seguintes características: formato regionalizado e descentralizado para a organização dos serviços, conforme níveis hierárquicos de atendimento; integração das ações de saúde; e privilegiamento do nível municipal e/ou local. São expressões desse movimento, como ressaltamos, a formulação e a implementação do Programa Metropolitano de Saúde, em 1983; a política de municipalização implementada a partir de 1984; a criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), em 1986; e a implantação do SUDS/SUS em São Paulo, a partir de 1987.

A década culmina com a definição, pela nova Constituição do Estado de São Paulo, em 1989, da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Esta Constituição também estabelece que a saúde deve ser oferecida preferencialmente e de forma direta pelo poder público, em um sistema único. Além disso, a relação com o setor privado deve ser normatizada por contratos ou convênios de direito público, dando-se preferência à participação de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. A Constituição do Estado reforçou o sistema único definido em nível federal, em 1988, e criou Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com participação de usuários para elaborar e controlar as políticas de saúde, bem como formular, fiscalizar e acompanhar o sistema. Pela Constituição, o sistema deve se organizar de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única no Estado e em cada município; municipalização dos recursos, serviços e ações, segundo critérios a serem estabelecidos em lei; integração das ações; universalização; e gratuidade.

As modificações, entretanto, não se limitaram ao aspecto institucional. Também se verificou uma expressiva expansão da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, principalmente na segunda metade da década: entre 1980 e 1989, o número de estabelecimentos públicos sem internação cresceu cerca de 150%, com prioridade nos investimentos na Região Metropolitana de São Paulo. A oferta de serviços, no entanto, continuou se distribuindo de forma desigual: em 1989, na região da Grande São Paulo, havia um centro de saúde para cada 20 mil habitantes; nas demais Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), o indicador variou de 5 a 9 mil habitantes para cada centro de saúde. Quanto à relação leitos por mil habitantes, o maior indicador (7,22) foi encontrado na CRS-3 (região de Ribeirão Preto) e o menor (2,87), na CRS-1 (região da Grande São Paulo). Apesar disso, até mesmo o menor coeficiente foi superior ao parâmetro de 1,8 leitos por cada mil habitantes, fixado pelo nível federal. Cabe salientar que os 2,87 leitos por mil habitantes da Região Metropolitana de São Paulo estavam concentrados na área central do município de São Paulo, o que revela que a relação leitos por mil habitantes distribuía-se de forma bastante desigual entre os diferentes municípios da Grande São Paulo e mesmo entre os distritos da capital.

A partir de 1985, a produção de serviços, consultas e internações atingiu os parâmetros de necessidades da população (2,8 consultas habitante/ano). Em 1989, o setor público passou a ser responsável pela metade do total de consultas no Estado e por cerca de 20% do total das internações (nas redes de hospitais dos níveis federal, estadual e municipal). A produção do setor privado foi decrescente na década e tornou-se visível a sua desvinculação em relação ao sistema público. Tal tendência já se observava, em São Paulo, com a diminuição da produção dos serviços da rede contratada do INAMPS e o crescimento, até 1987, da rede conveniada, em que se incluem os serviços públicos. A partir de 1987, o SUDS/SUS reforçaria essa tendência, com um forte declínio da participação das redes contratada e conveniada na produção de consultas.

Os índices de cobertura do SUS, se desmembrados regionalmente e por tipo de Programa de Saúde, ainda apontam para um quadro de distorção e de carências. Em 1988, em todo o Estado de São Paulo, os Programas de Saúde da Criança, da Mulher e do Adulto atingiam coberturas de, respectivamente, 50%, 41% e 36%, enquanto na Região Metropolitana de São Paulo ocorriam as coberturas mais baixas (respectivamente, 41%, 33% e 21%).

Do ponto de vista dos recursos humanos em saúde, o Estado de São Paulo apresentou, entre 1984 e 1989, um crescimento do número de funcionários da Secretaria de Saúde de quase 50%. Houve, também, mudança significativa no regime de trabalho dos servidores da SES: em 1984, os celetistas — isto é, os que são contratados de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) — representavam 5% do número total de servidores e, em 1989, 60%. A expansão dos celetistas fez-se com base nos recursos AIS/SUS e significou uma maior flexibilidade nas políticas de recursos humanos, na medida em que tais servidores podem ser mais facilmente contratados, transferidos ou mesmo dispensados.

Os recursos financeiros para as ações de saúde foram crescentes na década. A participação da Função Saúde no total do gasto de Estado cresceu de 5,1%, em 1980, para 12,7%, em 1989. A Função Saúde cresceu de forma significativa a partir de 1985, refletindo as mudanças então em curso — as AIS, o PMS e o SUDS —, e ganhou espaço na área social em detrimento de outras funções sociais: enquanto o gasto com a área social manteve aderência às taxas de evolução da despesa do Estado, a Função Saúde cresceu em proporções bem maiores. Ao longo da década, todo o incremento real verificado na Função Saúde foi canalizado pela Secretaria da Saúde, exclusivamente para a Administração Direta, privilegiando, portanto, a atenção primária em seus ambulatórios, em detrimento dos grandes hospitais da Administração Indireta. As fontes de financiamento da Secretaria da Saúde — recursos do Tesouro e do FUNDES

— tiveram suas taxas de participação alteradas de forma significativas. Assim, a taxa de participação do FUNDES saltou de 0,5%, no início da década, para 60%, em 1988. Com os recursos do Tesouro paulista ocorreu o contrário, embora a sua participação com as transformações na área da saúde tenha sido fortemente estimulada pelos programas de investimentos propiciados pelo PMS e pela própria política federal (SUDS/SUS): assim, em termos reais, os recursos do Tesouro cresceram mais de 100%, ao longo da década. Mas a tendência à desaceleração dos recursos do INAMPS para a Secretaria da Saúde, evidenciada em 1989 e 1990, pode vir a trazer — como de fato trouxe — um grande ônus ao setor ou um comprometimento ainda maior do Tesouro com a manutenção do nível atual de desempenho na área.

Na demanda também ocorreram modificações: o perfil epidemiológico alterou-se nos anos 80 com a redução da mortalidade das doenças consideradas “evitáveis”. Para a população do Estado, destacaram-se como principais causas de mortalidade as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, os neoplasmas, as doenças do aparelho respiratório e as afecções perinatais — o que é um padrão mais próximo do das regiões desenvolvidas. Apesar disso, mesmo com um aumento proporcional dos óbitos pelas doenças consideradas “mais dificilmente evitáveis”, entre as quais a maior parte dos neoplasmas e das cardiovasculares, cerca de 40% dos óbitos registrados ainda eram por “doenças evitáveis”, destacando-se o aumento da participação dos óbitos por “doenças evitáveis mediante medidas mistas”, que incluem as violências e as doenças respiratórias. A redução da mortalidade infantil no Estado foi de quase 50%, na década, baixando para menos de 30 por mil nascidos vivos. Assim, o quadro de mortalidade constituiu-se de óbitos por causas evitáveis com maior incidência nas faixas mais jovens (o que é um traço mais característico das regiões carentes); pelas violências na idade adulta; e pelas crônico-degenerativas nas idades mais avançadas (mais típico das áreas avançadas).

Três tendências

O conjunto desses dados permite traçar algumas tendências da área de saúde em São Paulo, verificadas até o final dos anos 80.

A primeira tendência aponta para a modificação da lógica de atuação do sistema estadual de saúde, transferindo para a Secretaria Estadual de Saúde o eixo da atenção médica no Estado. A atenção individualizada passou a ser concebida pela SES em uma estrutura descentralizada e regionalizada.

Na década de 80, os grandes temas na área de saúde haviam sido a incorporação da assistência médica pelo setor público e a descentralização e a municipalização dos serviços. A incorporação da assistência médica pelo setor público em São Paulo, entretanto, foi um longo processo iniciado antes do surgimento do SUS, desde a definição dos Programas de Saúde para a rede básica. Mas o modelo da programação, que começou a ser implantado em 1978, visando o atendimento individualizado, encontrou dificuldades de implementação até 1983, quando as AIS, o PMS e o SUDS passaram a financiar os instrumentos da SES para empreender essa importante mudança: melhor remuneração dos médicos em relação a outros profissionais de nível superior; incentivo aos aumentos de produtividade na rede; e centros de saúde mais bem equipados.

Quanto à descentralização, na década de 80, aprofundaram-se as propostas nesse sentido, que já estavam parcialmente presentes na estrutura da SES desde o final dos anos 60, quando se regionalizaram os centros de saúde do Estado com a criação dos Departamentos e

Distritos de Saúde. Assim, em 1985, emergiram o modelo do Programa Metropolitano de Saúde e as figuras dos módulos de saúde, e, em 1986, novo passo foi dado com a criação dos ERSAs e a regionalização de todos os serviços da Secretaria — centros de saúde, hospitais e rede laboratorial. Mas foi com o surgimento do SUS que se asseguraria a meta de comando único sobre uma área de saúde, integrando, então, não apenas os serviços de saúde estaduais como os dos demais níveis governamentais e do setor privado.

No final dos anos 80, porém, surgem novos desafios. Os ERSAs não conseguem se efetivar como instância política de coordenação dos serviços em nível regional, pois, com a municipalização, o novo parceiro — as prefeituras municipais — passa a dominar as Comissões Interinstitucionais de Saúde e a estabelecer canais próprios de comunicação com o nível central da SES. Além disso, muitas vezes, o setor privado simplesmente boicota o SUS ou utiliza os prefeitos municipais como porta-vozes de seus interesses. Os ERSAs também passam, às vezes, por dificuldades na constituição das instâncias técnicas, devido à ausência de condições materiais, que vão desde a insuficiência quantitativa de recursos humanos até a ausência de assessoramento técnico do nível central. Muitas vezes, os ERSAs e as próprias instâncias de coordenação passam a exercer meros papéis burocráticos. Com isso, o processo de descentralização torna-se apenas formal, e passa a ocorrer novo tipo de centralização a partir do contato direto dos níveis centrais do sistema com os prefeitos municipais. Cabe salientar que o processo de recentralização iria se fortalecer ainda mais, com o estabelecimento, a partir de 1991, de convênios diretos entre os municípios e o nível federal para o repasse dos recursos SUS.

Quanto à municipalização, os convênios que a definem representam mecanismos frágeis de sustentação do sistema público de saúde, pois constituem-se em meros repassadores de recursos e não explicitam critérios técnicos e operacionais. Isso torna possível a ingerência de critérios políticos na negociação de recursos, reforçando, portanto, o grau de heterogeneidade na prestação de serviços.

A segunda tendência observada é a de que a rede estadual aparelhou-se para tal transformação: ampliou a capacidade física e a produção, contratou recursos humanos e expandiu o gasto em saúde. Tal expansão concretizou-se pelos aportes de recursos transferidos do nível federal via AIS e, depois, SUDS/SUS; pelo empréstimo do Banco Mundial para o PMS; e, mais importante, pela decisão política do Estado de São Paulo de expandir os recursos do Tesouro para a área de saúde, diferentemente do ocorrido em outras unidades da Federação.

A expansão material, no entanto, deve estar limitada pelo rebatimento dos níveis de investimento no gasto total de custeio: prevê-se que para cada unidade monetária a ser investida deve haver um aumento de aproximadamente 0,7 no gasto de custeio, à exceção do gasto com pessoal. Por outro lado, de 1987 a 1989, o incremento da despesa de custeio do SUS em relação à transferência de recursos federais foi deficitária: em 1989, o decréscimo nas transferências federais exigiu uma contrapartida do Tesouro da ordem de 50%.

A terceira tendência refere-se a uma nova relação estabelecida, no Estado de São Paulo, entre o setor público e o setor privado.

O setor privado lucrativo, contratado pelo INAMPS, diminuiu a sua participação na oferta total de consultas no Estado de São Paulo, de 1980 a 1987 e, especialmente, de 1983 a 1987: em 1983, o setor contratado era responsável por 52,9% do total de consultas ofertadas pelo INAMPS, e, em 1987, por 30,8%. A partir do SUS, o decréscimo do setor privado lucra-

tivo no total de consultas ofertadas foi ainda maior: em 1988, do total de consultas ofertadas no Estado pelo SUS, pouco mais de 10% foram prestadas pelo setor contratado e conveniado.

Desse modo, parcela significativa do setor de medicina privada desvinculou-se do setor público. A parcela que continuou mantendo vínculos com o sistema público expandiu-se na oferta de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADTs) e de consultas de especialidades: em 1983, do total de ambulatórios da rede privada em São Paulo, 70% eram ambulatórios de especialidades. Com tal desvinculação, esse segmento retornou para a prestação de serviços a quem possa pagar serviços médicos, exigindo, portanto, atendimento diferenciado — em rapidez, uso de tecnologia etc. — dos prestados pelo setor público. São Paulo é um dos Estados que oferece, em termos de renda, as maiores possibilidades para a expansão desse segmento.

Também o setor filantrópico estabeleceu novos parâmetros de relacionamento com o setor público. Segundo as novas Constituições, Federal e Estadual, que estabeleceram novas regulações — não mais contrato de serviço com o setor privado, mas cessão de direito —, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos devem ser privilegiadas.

Em suma, no Estado de São Paulo, as relações entre o setor público e o privado, que existiam no início da década de 80, não sobrevivem no final desta. Os contratos e os convênios do setor privado com o setor público não são mais intermediados pelo INAMPS, mas pela Secretaria Estadual de Saúde e, posteriormente, pelos municípios. O controle administrativo sobre esses contratos e convênios é atribuição dos ERSAs, o que propicia uma fiscalização muito mais rigorosa sobre o tipo de atendimento prestado. Esse vínculo com o setor privado, com preferência explícita pelo setor filantrópico, como foi visto, não se estabelece mais mediante contratos privados, mas pela cessão de direito. Além disso, a oferta de serviços do setor público cresceu e, com isso, o setor privado transfere-se para a oferta de serviços especializados em que, por sinal, pode ser melhor remunerado. Por fim, as ligações com a filantropia também estão em processo de mudança, incorporando-se ao SUS, sob a égide do setor público.

Desdobramento das tendências na municipalização

O processo de mudança, porém, continua em curso e, com a municipalização, aparecem novas tendências, que são desdobramentos das apontadas no item anterior.

A primeira tendência é a de que o avanço da municipalização, em rede física e produção de serviços, coloca em risco o desenho da descentralização proposto pelo Sistema Único de Saúde, na medida em que ela deixa de depender da regionalização, seja porque o nível regional carece de definição precisa de suas funções, seja porque o nível federal, e não mais os ERSAs, torna-se fonte pagadora.

Foi apontada acima que uma das tendências da área de saúde, nos anos 80, indicava alterações na lógica de atuação do sistema estadual de saúde em São Paulo, concentrando-se o eixo de atenção médica na SES, que concebeu a atenção individualizada em uma estrutura descentralizada. Com a municipalização, porém, o eixo da atenção individual transferiu-se para os municípios, mantendo-se o sistema descentralizado. Em outras palavras, conservaram-se as premissas da tendência anterior, mas deslocando-se o centro do sistema: aos invés da SES, agora são os municípios os principais ofertantes de serviços básicos. Ampliou-se, então, a oferta de consultas da rede pública, pois não houve paralisação dos investimentos iniciados pelo Estado em rede básica; ao contrário, houve expansão, pelos municípios. Também se solidificou, de vez, a incorporação da assistência médica individualizada pelo setor público, pois

tornou-se absoluta a participação da rede municipal em atendimento básico (consultas nos programas de saúde da criança, da mulher, e em clínicas básicas).

Esse avanço da municipalização dependeu, em um primeiro momento, da regionalização operada no Estado, na medida em que esta favoreceu o contato entre as prefeituras e o Estado mediante os ERSAs — o que era vital para o repasse de conhecimento administrativo, técnico e gerencial. Além disso, a descentralização financeira possibilitou que os prefeitos pressionassem mais os diretores dos ERSAs pelo repasse de recursos: estes estavam mais próximos do nível local e, obviamente, sujeitos a maiores pressões. Pode-se até mesmo afirmar que a rapidez com que se concretizou a municipalização da saúde no Estado de São Paulo deveu-se ao fato de ser precedida pela regionalização dos serviços estaduais de saúde.

Com a municipalização, entretanto, também se transferiram para os municípios as críticas de que a SES era, antes, objeto: a não-incorporação da variável saúde pública/atenção preventiva na individualização do atendimento e a ausência do componente da saúde coletiva na assistência individual. Pode-se mesmo afirmar que tal crítica tornou-se mais forte, pois a prestação de serviços pelos municípios é atravessada pela lógica política, o que impulsiona o crescimento do número de atendimentos e o uso intensivo da medicalização, visando resultados imediatos, além do estabelecimento da figura do médico como peça central do sistema, dando prioridade, portanto, ao pronto-atendimento, à consulta médica e à relação médico/paciente.

Por fim, com a municipalização, agravaram-se os conflitos entre os ERSAs e as prefeituras, as quais passaram solapar as tentativas de articulação política realizadas pela instância regional. O porte dos municípios acirra tal contradição: quanto maiores são os municípios, menor é o grau de articulação política concretizado pelos ERSAs. Nos municípios onde os ERSAs estão sediados, é relativamente baixo o grau de articulação entre o Estado e as prefeituras, e a tendência é de autonomia do nível local frente à instância regional: o gasto no município origina-se mais do orçamento municipal do que do repasse estadual e os programas de atendimento não dependem dos programas de atenção implantados e normatizados pela SES. Além disso, as prefeituras, por intermédio dos próprios prefeitos, deputados da região ou partidos, estabelecem ligações diretas com os níveis centrais do sistema, seja o governo do Estado, seja o Ministério da Saúde. Cabe salientar que a Resolução 258, de 1991, e as Normas Operacionais Básicas de 1991-1993, ao instituírem o repasse direto e o pagamento por produção, só enfatizaram os caminhos da autonomia do nível local e do reforço à assistência individual/curativa.

Desse modo, o movimento de municipalização na área de saúde acabou por se chocar com a descentralização proposta. A premissa desta era de que a regionalização deveria ter como eixo ou conteúdo a distribuição dos serviços básicos por todo o sistema, segundo uma relação normatizada, enquanto os níveis mais complexos (secundário e terciário), seriam de abrangência cada vez maior. O que se efetivou, porém, foi o questionamento da instância regional pelo movimento de municipalização: o nível local passou a oferecer tipos de atendimento com o mais alto grau de resolutividade, como os de internação e ambulatorial secundário, que seriam da competência regional. Essa substituição da instância regional pelo nível local ocorre não apenas pelo avanço dos recursos municipais à disposição do gasto em saúde, mas também pela ausência, no nível estadual, de hospitais públicos secundários e de ambulatórios de especialidades. O parceiro, então, passa a ser o setor privado filantrópico.

A segunda tendência é a de que o reforço da municipalização no Estado de São Paulo e a implementação do SUS abriram novas fontes de financiamento para o gasto em saúde e recolocaram na ordem do dia a discussão sobre a importância dos recursos fiscais para a área e da descentralização do financiamento da saúde.

Como foi dito, nos anos 80, houve a tendência ao reaparelhamento da rede estadual com os aportes de recursos do nível federal (AIS e, depois, SUS), do empréstimo do Banco Mundial e do Tesouro do Estado de São Paulo. A essas fontes financeiras, a municipalização acrescentou uma outra: os orçamentos municipais. De fato, a exigência da contrapartida dos municípios (explicitada nos Planos Municipais de Saúde), como condição obrigatória para o repasse estadual, fez com que os gastos em saúde saltassem de 3% a 5% para 10% a 20% dos orçamentos municipais, no período de 1985 a 1990. Assim, os recursos fiscais passaram a constituir uma fonte importante para o gasto em saúde no nível municipal, do mesmo modo que no Tesouro Estadual, em 1985-1989.

Obviamente, tal fato só foi possível graças à reforma tributária, consagrada na Constituição de 1988, que promoveu importante descentralização de recursos financeiros da União para Estados e municípios, mediante descentralização de competência tributária, aumento das transferências constitucionais de recursos tributários, ampliação do grau de autonomia fiscal e criação de novas competências tributárias. Além disso, a Constituição vedou à União isentar tributos de competência dos Estados, do Distrito Federal ou dos municípios¹.

A terceira tendência diz respeito à relação entre os setores público e privado, estabelecida com a municipalização: a disputa entre esses setores por demanda deslocou-se para o nível local; a tensão entre fonte pagadora e prestador recentralizou-se; e abriu-se um novo conflito entre Estado (controlador) e serviços privados (prestador). As prefeituras envolveram-se fortemente no primeiro conflito, subtraindo espaço ao setor privado, e no último, aliando-se às críticas às compras insuficientes e ao excessivo controle dos ERSAs sobre o setor privado².

Antes, nas relações público/privado, o conflito maior era entre a União (comprador) e o setor privado (ofertante). Depois, surgiram novos conflitos devido à entrada dos níveis subnacionais na oferta de serviços. Agora, com a municipalização, estabeleceu-se o conflito no nível local entre as prefeituras e o setor privado, manifestando-se de vários modos. Em primeiro lugar, o setor privado passou a considerar o setor público como concorrente, que investe em saúde, construindo seus próprios serviços, ao invés de utilizar a capacidade existente da área privada. Em segundo lugar, a não-resolutividade da rede básica municipal sobrecarregou os serviços dos hospitais privados, principalmente de urgência/emergência. Em terceiro lugar, surgiram incompatibilidades entre as cargas horárias dos médicos que trabalham no município e no setor privado, além dos problemas causados pela vigência, nesses setores, de contratos de

1. Os municípios também passariam a contar com mais dois novos impostos: o Imposto sobre Transmissão Intervivos de Bens Imóveis e o Imposto sobre Venda a Varejo de Combustíveis. Mas os mais significativos ganhos de recursos auferidos pelos municípios advieram das modificações no sistema de repartição das receitas tributárias, especialmente as transferências relativas ao Fundo de Participação do Município (FPM) e à quota-parte municipal do ICMS.
2. Cabe salientar que o setor privado, aqui referido, é o filantrópico, pois é significativo o movimento de descredenciamento do setor lucrativo do Sistema Único. Isso ocorreu tanto por uma política expressa de privilegiamento dos convênios com o setor filantrópico (iniciada na gestão de Waldir Pires no Ministério da Previdência e referendada no SUDS/SUS), quanto pelo desinteresse do setor lucrativo em fazer parte do sistema público de saúde, devido aos baixos valores pagos pela prestação de serviços. A partir de 1990, diminuiu ainda mais o número de leitos que o setor privado oferecia ao SUS. Ao mesmo tempo, cresceram os recursos advindos de convênios próprios e/ou particulares na receita total dessas instituições.

trabalhos de naturezas distintas. Em último lugar, a complementaridade que poderia haver entre o setor público (ofertante de serviços básicos) e o privado (serviços ambulatoriais secundários e de internação) passou a ser muitas vezes prejudicada pela intermediação de um nível institucional (os ERSAs), que nem sempre obedecia a interesses específicos do nível local. Não por acaso, muitos secretários municipais de Saúde criticavam as quotas insuficientes de AIHs ou as glosas desnecessárias realizadas pelos ERSAs. Em função desse papel assumido pelos ERSAs, controlando técnica e administrativamente as contas apresentadas pelo setor privado — ambulatoriais (FAA) e de internação (AIH) — e a definição das quotas de AIH para os hospitais conveniados/contratados³, o Estado tornou-se alvo de críticas, tanto do setor privado quanto das prefeituras. Ao mesmo tempo, ocorreu a recentralização da tensão em torno dos valores pagos pelo setor público: a instituição do repasse direto para os prestadores transferiu do Estado para o governo federal a pressão pelo pagamento.

A quarta tendência é a de que o modo de funcionamento do sistema alterou-se com o SUS e, mais profundamente, com a municipalização, pois ampliou significativamente as atividades ambulatoriais, o tempo de funcionamento dos ambulatórios e o tipo e a quantidade de recursos humanos disponíveis nessas unidades.

As unidades básicas de saúde (UBS) passaram, de fato, a oferecer, além do pronto-atendimento, vários tipos de atendimento programado, o que resultou em um salto na produção de serviços de até quatro vezes, no período 1988-1990. Com isso, ampliaram-se os níveis de acesso e de equidade do sistema público de saúde.

Quatro temas da municipalização

As tendências apontadas acima evidenciam quatro grandes temas de discussão para a área de saúde, no plano regional: a relação entre a regionalização e a municipalização; as relações intergovernamentais; as relações entre o público e o privado; e as novas formas de gestão e o papel dos atores.

Regionalização e municipalização

No Estado de São Paulo, o processo de constituição do SUS ocorreu de forma bastante rápida e culminou com a municipalização da grande parte da rede básica. Antes disso, o processo de regionalização havia sido plenamente constituído, pois todo o arcabouço gerencial foi assumido pelos ERSAs, descentralizando-se a administração de pessoal, o material e manutenção, além da orçamentação e da execução de recursos. A relativa facilidade com que as novas estruturas foram constituídas pode ser explicada pelo fato de alguns dos ERSAs terem-se originado dos antigos departamentos regionais de saúde, que eram unidades de despesa. Em outras palavras, os ERSAs foram constituídos com base em um processo anterior de descentralização, que remonta, como foi visto, à reforma administrativa da SES, em 1967; às

3. O SUDS regional estabeleceu para cada prestador privado uma cota/mês de internações, segundo critérios populacionais (a área de abrangência dos hospitais), obedecendo ao parâmetro do INAMPS de 0,116 internações por mil habitantes, taxa de permanência por tipo de leito e taxa de ocupação dos leitos.

modificações introduzidas por Walter Leser, em sua segunda gestão, na década de 70; à implementação das AIS, a partir de 1984; e à criação dos módulos do PMS, em 1985.

Esse processo de descentralização no Estado de São Paulo foi acompanhado pelo aprofundamento da municipalização, mediante o repasse de equipamentos, prédios, recursos humanos e *know-how* aos municípios. A própria política de municipalização em São Paulo também foi anterior ao SUS: a decisão de alocar médicos em municípios carentes é de 1983; os convênios com municípios, visando repassar recursos financeiros e humanos para a gestão de centros de saúde das prefeituras, intensificaram-se a partir de 1984; e o Decreto de Municipalização, para fazer avançar os convênios e criar as condições técnicas em municípios para a futura transferência de equipamentos, é de 30/6/1987 (decreto nº 27.140).

Com a municipalização, os ERSAs deixaram a prestação dos serviços para a rede privada e os municípios, voltando-se para as atividades de planejamento, centradas no auxílio técnico aos municípios e no controle do setor privado. Também desenvolveram atividades de articulação política por meio das Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS), mas sem muito êxito, pois muitas das CRIS foram desativadas porque a existência desse tipo de instância não foi previsto nem nas novas resoluções do nível federal, nem na própria Lei Orgânica de Saúde. A articulação política por meio das CRIS era também dificultada pela tendência de os municípios dirigirem-se diretamente aos níveis centrais da SES e ao Secretário da Saúde, enquanto o setor privado usava a corporação médica como ponto de contato com o Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, desde o final dos anos 80, veio ocorrendo um esvaziamento da instância regional, que se transformou, entre 1987 e 1989, em um mero repassador de verbas: em 1989, os ERSAs transferiram aos municípios, em média, 33% do seu gasto total e, ao setor privado, 48%. Esse esvaziamento também se evidenciou na perda de competitividade dos salários do Estado em relação ao nível federal e, principalmente, às prefeituras, o que ocasionaria a debandada dos técnicos de órgãos estaduais. Nesse período, muitos municípios passaram a complementar o salário do Estado ou realizavam concurso para possibilitar que os funcionários estaduais abandonassem o Estado, optando por integrar os quadros municipais. Outro fator que debilitou a instância regional foi a falta de experiência do Estado no atendimento de serviços secundários (ambulatorial secundária e internação), que eram da competência do nível federal (INAMPS). Assim, a relação rede básica/especialidades foi questionada pela baixa resolutividade dos PAMs estadualizados. Quanto à assistência hospitalar, o ponto nevrálgico aparecia nas insuficientes quotas de AIHs distribuídas e nos valores pagos pela prestação de serviços. Em suma, as funções da instância regional foram paulatinamente postas em xeque tanto pelo fato de não se redefinirem quanto pelo próprio processo de municipalização — o que fomentaria a tensão permanente entre os processos de regionalização e a de municipalização no Estado. A partir de 1991, a instância regional esvazia-se ainda mais pela recentralização embutida nas normas federais, que anulam o papel repassador de verbas dos ERSAs.

Quanto aos municípios, a participação na política de saúde alterou-se em relação ao período anterior ao SUS. O gasto municipal na área de saúde tornou-se bastante expressiva, permitindo amplos investimentos em expansão da rede física. Além disso, como a maior efetividade nas ações ambulatoriais implica atendimentos programados nas cinco clínicas básicas, houve um crescimento significativo no gasto com o pessoal para contratações, principalmente de médicos. No Estado, entre 1984 e 1989, o crescimento de pessoal contratado foi em torno de 50%, com duplicação de profissionais médicos. Nos municípios, o incremento ocorreu a partir de 1987, em função do aumento dos investimentos em rede básica, e deve manter o padrão de crescimento proporcional, encontrado para o Estado, de dois médicos para cada funcionário contratado.

Assim, a política de municipalização tem apresentado como eixos básicos a expansão da rede física e a contratação de pessoal, refletindo uma concepção de saúde fortemente apoiada na assistência médica. Do ponto de vista político, isso atende a interesses de setores bastante organizados: os políticos e partidos locais; os empreiteiros de obras públicas, nas grandes cidades; e a corporação médica. É interessante ressaltar a importância política que os centros de saúde, com razoável grau de resolutividade, têm assumido nos municípios como legitimador dos governantes, na medida em que constituem um dos grandes pólos de contato e sociabilidade da população, tornando-se "centro social" da população carente. Desse ponto de vista político, pode-se dizer que a UBS, reformada e bem equipada, tornou-se o sucedâneo das obras faraônicas dos anos 70. Cabe assinalar que a saúde pode legitimar imediatamente o governante, pois o usuário atendido tem o seu problema resolvido ali, enquanto nas outras áreas sociais — por exemplo, educação —, a satisfação não é obtida no ato da prestação de serviços.

O aumento, a universalização e a equidade de cobertura, alcançados pela municipalização, depararam-se, no entanto, com estrangulamentos em outros serviços, como especialidades e internação. Para contorná-los, vários municípios, principalmente de médio e grande porte, têm desenvolvido iniciativas de oferecer esse tipo de atendimento, chegando até mesmo a pagar serviços de especialidades em consultórios particulares. De certa forma, esse estrangulamento tem contribuído para que, em muitos municípios, principalmente os de grande porte, se proclame a falência da idéia de sistema e se procure aumentar, no espaço local, as atividades de saúde, de forma a não mais depender do Estado e a encontrar novas formas de parceria com o setor privado. Esse tem sido o movimento segundo o qual cada município deve constituir o seu "modelo de saúde", procurando satisfazer, integralmente, a clientela no espaço local. Em outras palavras, procura-se absorver a integralidade pela instância local, contrapondo-se à lógica da hierarquização dos serviços, e os dirigentes municipais manifestam vontade de avançarem para outros tipos de atendimento (ambulatorial secundário e internação) — o que quebra a idéia de sistema.

Também nas ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica pode-se perceber um movimento semelhante: os Planos Municipais, além de descentralizarem o planejamento, ampliaram o conhecimento, pela instância local, sobre as condições de saúde e vida das populações, permitindo ao município estabelecer prioridades sobre determinadas atividades, e atuar mais sobre as populações de risco. Além disso, a quebra da idéia de sistema tem se manifestado na vontade dos dirigentes municipais em avançarem para outros tipos de atendimento (ambulatorial secundário e internação).

O que permitiu tal tipo de presença do município na área da saúde foi, primeiro, a municipalização dos prédios, equipamentos e servidores, que compunham a antiga rede básica estadual de saúde; segundo, a criação dos ERSAs, que repassaram verbas previdenciárias para os municípios; terceiro, a própria elaboração dos Planos Municipais de Saúde, que ampliou o conhecimento, pelo nível local, de questões sobre a saúde; quarto, o incentivo à política, pela corporação médica; e, por último, o impacto imediato do serviço prestado. A partir desse ponto, não há mais como os municípios recuarem, mesmo porque a saúde foi, nesses anos, a área social que contou com os maiores recursos, aos quais se somaram os propiciados pela reforma tributária, de 1988. O avanço da municipalização também tornou-se irreversível, na medida em que, como já foi dito, os investimentos na área de saúde pelos municípios passaram a atender aos interesses bem estruturados, com retorno eleitoral seguro.

O que essas relações entre a regionalização e a municipalização mostram é, em suma, a tendência à autonomização dos municípios no que se refere à lógica do sistema único, hierarquizado, descentralizado, regionalizado e integrado. Em outras palavras, a etapa final da constituição do SUS, entendida como municipalização, pode ocasionar a negação mesma do

desenho original do sistema. Por sinal, essa negação acabou reforçada pelas novas portarias, resoluções e normas operacionais, que instituíram, a partir de 1991, o repasse direto e o pagamento por produção. O repasse direto retirou dos ERSAs quase 80% dos recursos que recebiam para o pagamento da rede ambulatorial privada e o custeio das unidades municipalizadas. No final da década de 80, alguns diretores dos ERSAs apontaram para essa nova contradição e questionaram o modelo de saúde dos municípios e a indefinição de novos papéis para a instância regional.

Desse modo, se a municipalização dependeu, em um primeiro momento, da regionalização, ela rapidamente ganhou rumo próprio, com o nível local consolidando grande autonomia em recursos, programação em saúde e interligação com outros níveis do sistema, sobretudo nos municípios de grande porte. Nos municípios menores, no entanto, como o pagamento por produção repassados pelo nível federal tem sido insuficiente, devido à ínfima demanda a ser atendida, o nível estadual continuou cumprindo papel importante, complementando os recursos.

Relações intergovernamentais e modelo municipalizado

Essa tensão entre regionalização e municipalização traduz-se no Brasil, devido a seu desenho federativo, em tensões nas relações governamentais. Entre o Estado e as prefeituras, o grau de conflito depende, em grande parte, do porte dos municípios. Nos municípios que sediavam os ERSAs — portanto, de grande porte — costuma-se criticar o Estado por não ter municipalizado todos os serviços ambulatoriais secundários, os SADTs, os hospitais e as UACs. Os ERSAs também são vistos como instância sem autonomia frente ao nível central, por não darem a palavra final sobre o repasse de verbas. Além disso, a instância regional é questionada, pois não cumprem com as funções de prestador, não evitando as filas para as consultas de especialidades e realizando compras insuficientes de serviços da rede privada.

Nos municípios de grande porte, o repasse do Estado é sempre inferior ao alocado pelo município para o gasto em saúde. Neles, geralmente, não há dificuldades para contratação de pessoal de nível superior, para o gerenciamento dos serviços municipalizados e para o cumprimento das exigências burocráticas impostas pelos demais níveis do sistema (Planos Municipais, Conselhos Municipais, Fundo Municipal de Saúde etc.). Por isso mesmo, o auxílio do nível regional é quase sempre dispensável.

O contrário ocorre nos municípios de médio e pequeno porte, onde o repasse do Estado é maior do que o proveniente dos orçamentos municipais para o gasto em saúde. Ali, as dificuldades gerenciais são inúmeras; não é fácil contratar o pessoal de nível superior, devido até mesmo a baixos salários; não há *know-how* de capacidade gerencial para tarefas administrativas, nem pessoal qualificado para realizar tal; há dificuldades para planejar as atividades etc. No caso desses municípios, o auxílio do ERSA é imprescindível e, por isso mesmo, a relação Estado/prefeituras é bem vista, tanto pelo nível regional quanto pelos prefeitos e responsáveis pelas ações de saúde, em nível municipal.

Em todo caso, uma “boa” relação Estado/prefeituras depende, quase sempre, da não intromissão dos ERSAs nas deliberações sobre as políticas locais de saúde. Em outras palavras, espera-se que a instância regional tenha clareza de que suas funções são apenas técnicas, sem competir com o poder político das prefeituras.

Abstraindo-se as diferenças significativas entre os municípios, pode-se afirmar que há um mal-estar generalizado: os recursos repassados pelo Estado são poucos, vêm sistematicamente com atraso e sem critérios, ou melhor, segundo critérios excessivamente políticos. Por

isso, o repasse direto é bem visto. Os ERSAs, por sua vez, acham que os municípios estão gastando muito e mal e que houve retrocesso nos níveis do modelo assistencial. O ponto nevrálgico, porém, é o controle exercido pelo prefeito sobre as Comissão Municipal de Saúde, composta, muitas vezes, por funcionários da própria prefeitura. A crítica maior é endereçada ao grau de autonomia alcançada pelos municípios frente à política estadual de saúde, acirrada pela relação direta entre eles e o governo federal.

Em suma, os ERSAs tendem a considerar os municípios como excessivamente voltados para a dimensão política da assistência, enquanto os municípios vêem os ERSAs como demasiadamente técnico, controlador e mesmo indevidamente intervencionista nas questões de saúde. Tais questões mostram que as funções do Estado devem ser redefinidas de forma que o nível regional assuma as funções de organização do sistema de referência e contra-referência; a formação, o treinamento e a reciclagem de recursos humanos; e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Relações público/privado na municipalização

Desde a emergência do SUDS, o setor privado vinculado ao sistema público de saúde, conveniado ou contratado, tem se mantido apreensivo com a entrada do setor público nas atividades de assistência — a que chamou de “estatização da assistência básica”. A substituição do Estado pelo município na prestação de serviços deslocou esse conflito entre o público e o privado para o espaço local: com a municipalização, teme-se pelo avanço das ações públicas nas atividades de assistência, passando por cima do setor contratado e conveniado. Mas as relações tendem a ser menos conflituosas quando o município subsidia alguns serviços privados filantrópicos, contratando, por exemplo, médicos plantonistas para os serviços de urgência/emergência da Santa Casa local.

Outro ponto de conflito entre prefeituras e o setor privado ocorre nas relações com a corporação médica, quando, por exemplo, há incompatibilidade entre as cargas horárias dos médicos nas unidades municipais e nas Santas Casas locais. É também objeto de conflito o fato de os médicos da prefeitura não atenderem a toda a demanda, cumprindo as normas das instituições de saúde (quatro consultas por hora), o que sobrecarrega a Santa Casa, principalmente nos serviços de urgência/emergência.

Apesar disso, é quase sempre por meio da corporação médica que o contato entre prefeituras e o setor privado se estabelece. Essa é, talvez, a razão pela qual a participação do setor privado nas Comissões Interinstitucionais ou não exista ou não seja considerada importante pelo próprio setor: a intermediação da corporação médica dispensa-lhe o contato com o setor público nessas comissões. Há, porém, expectativas de que o setor privado venha a compor os Conselhos Municipais de Saúde, uma vez que a sua formação foi precedida por Conferências Municipais de Saúde, em que se verificou muita participação, inclusive com a presença desse setor.

Cabe também salientar que o conflito setor privado/prefeitura é agravado pelas tensões geradas pelos diferentes grupos políticos locais. De fato, é freqüente a oposição entre o grupo político dirigente do setor filantrópico (Santa Casa) e o prefeito: quando isso ocorre, costuma-se exigir a “desprefeiturização” da saúde. Nem sempre, porém, a relação entre o setor privado e a prefeitura é conflituosa, e pode até mesmo conduzir a alianças. Então, o inimigo comum passa ser o nível estadual, que é criticado por não comprar suficientemente os serviços, não repassar os recursos etc. O setor privado também apresenta uma reivindicação própria, que é a

municipalização da UAC (controle sobre os convênios e contratos com o setor privado)⁴. A situação agrava-se quando os recursos transferidos representam mais de 60% das receitas, como ocorre em grande parte dos hospitais filantrópicos (Santa Casa). A ajuda financeira da prefeitura é, então, bem-vinda e há aprovação das resoluções federais estabelecendo o repasse direto, que alivia a situação.

Da parte do setor privado, não é clara a visão de parceria com o setor público, mas há insatisfação quanto à entrada da área pública nas ações de assistência. Para ele, o Estado deve concentrar suas ações nas classes menos favorecidas, deixando ao setor privado a oferta da assistência para quem pode pagar. De certa forma, o setor privado considera-se como hegemônico nas ações curativas e não entende como está sendo preterido nessa fase de avanço da assistência médica.

Novas formas de gestão e o papel dos atores

As Comissões Interinstitucionais foram criadas com as AIS (1984) e referendadas pelo SUDS/SUS. A Lei Orgânica da Saúde previu a formação do Conselho Municipal, vetado pelo Executivo e restabelecido pela lei nº 8.142, pela resolução 258 e pela Norma Operacional Básica, de janeiro de 1991. Por sinal, o Conselho Municipal tornou-se uma das exigências a serem cumpridas pelos municípios para poderem assinar os convênios com o Ministério da Saúde. Pela lei, o Conselho Municipal deve ser paritário, com 50% de representantes do governo, prestadores e profissionais do setor e 50% de representantes dos usuários.

Quanto às antigas comissões (CRIS e CIMS), pode-se dizer que elas foram úteis no período de constituição do SUDS, mas foram suplantadas pelo ascenso das prefeituras ao comando das ações públicas de saúde, introduzindo-lhes um jogo político mais vigoroso. Os prefeitos não necessitam participar da CRIS, pois preferem utilizar outros canais — deputados ou mesmo o partido político — para terem acesso aos níveis de decisão estadual. Também o setor privado não se liga à rede pública por meio da CRIS, mas via corporação médica. As CIMS, ao contrário, foram dominadas pelos prefeitos, que as compunham com funcionários da Prefeitura.

Constata-se, então, a tendência ao esvaziamento absoluto das CRIS e o revigoramento dos Conselhos Municipais, alguns dos quais precedidos de Conferências Municipais de Saúde. Há também expectativas de que a exigência de paridade nos Conselhos Municipais confira maior independência a esse órgão frente às prefeituras locais, ao contrário do que ocorria com as CIMS. Cabe salientar que os Conselhos foram instituídos em lei pelos municípios e referendados pelas respectivas Câmaras de Vereadores.

Quanto a atores — médicos, usuários, políticos e burocracia governamental —, destaca-se a importância que os médicos assumiram na política, principalmente no nível municipal. A concepção de assistência individual tem no médico seu eixo central, e a população identifica a saúde com os médicos. Os prefeitos procuram satisfazer essa demanda, não medindo esforços para contratar médicos para o município. Além disso, como a jornada de trabalho do médico é, geralmente, de 20 horas semanais, é comum ele se vincular a várias instituições — do Estado, do município e do setor privado —, tornando-se o elo de ligação entre os serviços. Constitui-

4. Por sinal, a relação ERSA/setor privado também foi altamente conflituosa, devido a repasses insuficientes, baixos valores pagos pela prestação e atrasos sistemáticos, sem reajuste, nos repasses, criticando-se as quotas insuficientes de AIHs, as glosas realizadas pela UAC regional, a excessiva burocracia nas atividades de controle etc.

se, então, sistemas informais, tanto de referência e contra-referência quanto de articulação política entre as instituições. Desse modo, o médico passa a ser uma verdadeira peça central do sistema.

Prefeitos, deputados e vereadores tornam-se também atores importantes na política de saúde. Os deputados desempenham o papel de despachantes das reivindicações dos municípios junto às demais esferas de poder. As Câmaras de Vereadores têm participação importante na definição e implementação da política de saúde, na medida em que elaboraram as Leis Orgânicas dos respectivos municípios e regulamentam a constituição das Comissões de Saúde, Fundos de Saúde etc., exigidos pelas novas resoluções federais. Mas é o prefeito o ator principal e decisivo: a novidade da municipalização é o grande envolvimento dos prefeitos com a política de saúde, cuja implementação passa a dirigir juntamente com os secretários municipais.

Quanto à burocracia técnica, verifica-se um esvaziamento no nível do Estado. Nos municípios, porém, há um revigoramento, pois as prefeituras estão expandindo a contratação de pessoal. Os usuários, por fim, não participam de forma expressiva na política. A participação popular é sempre considerada como incipiente, não-organizada etc., com exceção dos municípios governados pelo Partido dos Trabalhadores.

Em relação à política de implantação do SUS e da municipalização, os prefeitos são, em sua grande maioria, favoráveis à descentralização, à municipalização e ao repasse direto do nível federal. Criticam, no entanto, o repasse insuficiente de recursos e o sistema de pagamento por produção, que prejudica os municípios menores. Da mesma forma, os diretores dos ERSA's são favoráveis à descentralização e à municipalização dos serviços de saúde, discordando, porém, das resoluções do nível federal em vigor.

Há grande unanimidade entre os atores de que a municipalização foi um avanço que propiciou o aumento da rede física, maior cobertura e melhor integração entre a rede básica e demais serviços. Além disso, considera-se que ela possibilitou a incorporação, pelas prefeituras, de uma nova cultura gerencial.

Problemas e limites do modelo municipalizado

Por último, cabe identificar quais problemas e limites emperram o desenvolvimento do sistema de saúde proposto nos anos 80.

Financiamento do sistema

Uma questão causa angústia entre todos os atores da política de saúde: a do financiamento. Por um lado, há um descontentamento generalizado em relação aos critérios de repasse das verbas federais e do valor a ser pago pelos serviços. Por outro, os atores manifestam uma apreensão muito grande quanto à continuidade do financiamento público à área de saúde, pois os recursos são escassos, frente a um sistema que tende a consumir cada vez mais, num período de recessão e diminuição dos recursos públicos.

A primeira linha de preocupação parece originar-se de toda a imprevisibilidade que cercou a regulamentação dos dispositivos do SUS sobre o repasse de recursos, envolvendo as discussões em torno da Lei Orgânica de Saúde, os vetos à lei, as novas resoluções etc. Além disso, causaram alarme os repasses pelo Estado, em 1989 e 1990, criticados pela ingerência de critérios políticos e pelos atrasos sistemáticos.

A segunda linha de preocupação tem um alcance de longo prazo e encerra uma indagação: serão elásticos os recursos para a assistência hospitalar, tendo em vista o padrão de finan-

ciamento do setor assentado nos recursos da Seguridade? A preocupação justifica-se pela constatação, por um lado, da tendência de aumento dos custos do sistema, devido à extensão da cobertura, à procura por especialidades e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico e à demanda pela melhoria no atendimento prestado; por outro, a de diminuir os recursos para a saúde, devido à disputa pelos recursos da Seguridade.

Frente a esse impasse, uma das soluções apontadas é a de que o Estado deve atender a clientela com serviços mais baratos, ou, então, atender apenas a população mais pobre. O controle de custos também é apontado como solução, pois, segundo alguns atores, o sistema é sobrecarregado pelo comportamento da demanda: o usuário vai à rede básica, exige o especialista, repete exames, checa diagnósticos, só aceita ser atendido por um determinado profissional etc. A sobrecarga também decorre da divisão da demanda segundo níveis de renda: o "pobre" quer atendimento básico e o "rico", o atendimento de alto custo — e o setor público tem que estar presente nas duas pontas do sistema.

Em suma, a preocupação origina-se da universalização atingida pela política de saúde, em um período de crise no padrão de financiamento do setor, de cujos recursos se ignora o grau de elasticidade. Apesar disso, a municipalização parece ter dado um fôlego maior à política, principalmente nos municípios de médio e grande porte, no que refere à assistência ambulatorial. A assistência hospitalar, no entanto, tem permanecido na quase total dependência dos recursos federais.

Aqui cabe uma discussão mais profunda sobre o perfil do financiamento do sistema. É sabido que a base de financiamento da área da saúde continua centralizada e que não houve uma opção definitiva sobre as fontes de custeio da saúde. Segundo os dados de 1990, o financiamento do SUS depende em 52% dos recursos federais, em 34% dos recursos estaduais e em 14% dos recursos municipais (Médici et alii, 1994). Os recursos federais são provenientes basicamente do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que é financiada pelas seguintes contribuições sociais:

- Contribuição para o Financiamento da Seguridade (Confins), que substituiu o antigo Finsocial;
- Contribuição de empregadores e trabalhadores sobre a folha de salários;
- Contribuição para PIS/PASEP;
- Contribuição sobre o lucro líquido das pessoas jurídicas.

O Orçamento da Seguridade Social, porém, vem sendo aviltado por uma série de fatores. Em primeiro lugar, há a sonegação dos recolhimentos previdenciários por parte das empresas: cálculos para 1991 estimam o não-recolhimento de 40% das contribuições das empresas por sonegação ou inadimplência. Em segundo lugar, é expressiva a migração dos trabalhadores da economia formal para a informal: diagnósticos para a década de 80 apontam a tendência de crescimento do número de assalariados sem contrato formal. Em terceiro lugar, verifica-se a cobertura de despesas do orçamento fiscal com recursos do orçamento da Seguridade — como as despesas com inativos da União e o pagamento das despesas com pessoal e administração dos órgãos integrantes da Seguridade Social. Em quarto lugar, o Finsocial/Confins ficou retido. Por fim, cresceram as despesas com benefícios previdenciários, devido à Lei de Benefícios (lei nº 8.213, de 1991), que impôs valor mínimo (ISM) para os benefícios previdenciários.

O problema de fundo encontra-se na Constituição Federal. Ao estipular que os recursos para o orçamento da Seguridade seriam provenientes de diferentes fontes, ela pretendeu diversificar e alargar o espectro de recursos para a nova área, composta pela Previdência Social, Saúde e Assistência. Mas, com isso, várias ordens de problemas apareceram.

Em primeiro lugar, a natureza mesma das contribuições sociais definidas para dar suporte aos gastos da Seguridade: tanto as contribuições sobre a produção (Confins e PIS/PASEP), como as sobre os ganhos das pessoas jurídicas (Contribuição sobre o lucro) e a sobre a folha de salários apresentam aspectos problemáticos do ponto de vista econômico e tributário. As contribuições sobre a produção, incidindo sobre o faturamento e a receita operacional bruta, ocasionam cargas múltiplas sobre as empresas, pois são contribuições em cascata, que oneram todas as fases produtivas e elevam a carga sobre o produto final (e, portanto, o preço). Também comprometem os produtos exportáveis, na medida em que oneram os produtos intermediários utilizados para sua produção. Cabe lembrar que o Finsocial foi objeto de questionamento jurídico exatamente por esse caráter de carga múltipla, o que acarretaria a sua substituição pelo Confins. As contribuições que incidem sobre a folha de salários, ao onerarem cada vez mais o setor formal, produzem efeitos negativos sobre o mercado de trabalho, favorecendo a informalização e a terceirização. Além disso, esse tipo de contribuição repercute de modo diferenciado em setores distintos, penalizando empresas intensivas em mão-de-obra e estimulando a evasão em períodos de queda da atividade econômica. Por tudo isso, há uma intensa discussão sobre a conveniência ou não da manutenção desses tipos de contribuições sociais, apresentando-se inúmeras propostas de reformulação do quadro vigente.

Em segundo lugar, a repartição dessas contribuições pelas áreas componentes da Seguridade: à exceção do PIS/PASEP, que tem vinculação constitucionalmente definida, todas as demais fontes de receitas da Seguridade não possuem destinação determinada em lei. Apesar disso, as leis orçamentárias, editadas após 1988, prevêm distribuição dos recursos para os vários programas: as contribuições dos empregadores e trabalhadores sobre a folha de salários têm sido destinadas ao pagamento de benefícios previdenciários; e o Confins e a contribuição sobre o lucro, à saúde. Para tal divisão tem contribuído a Lei dos Benefícios, de 1991, que aumentou a participação desse tipo de despesa nos recursos da Contribuição dos Trabalhadores e Empregados. Além disso, as recomendações da Organização Internacional do Trabalho, em 1976, de que as contribuições deveriam custear benefícios de natureza indireta e os tributos, os serviços universais, têm favorecido a tendência para um revigoramento do conceito tradicional de seguro social.

Tal idéia, no entanto, entra em contradição frontal com os princípios enunciados para área da Seguridade na Constituição brasileira de 1988, justamente elaborada para romper com o conceito de seguro social. Por isso mesmo, questionam-se amplamente as leis orçamentárias, que só foram promulgadas por não terem sido estabelecidos, quando da feitura do orçamento único para a área da Seguridade, tetos de gasto e fontes de recursos para cada área.

O problema da repartição de recursos da Seguridade também se agrava, devido à fragmentação institucional da área em três ministérios. O Ministério da Previdência, porém, tem assegurado uma presença mais forte, na medida em que são de sua responsabilidade a arrecadação e a fiscalização dos recursos para a Seguridade. Esses fatos têm provocado grandes polêmicas entre o Ministério da Previdência Social e o da Saúde.

Em terceiro lugar, a centralização dos recursos provenientes das contribuições sociais: a União, além de reter esses recursos para ou pagar despesas típicas do Tesouro Nacional ou para mascarar o seu déficit, sente-se desobrigada de alocar e transferir recursos fiscais para áreas da Seguridade. Em relação a esse problema, também surgiram propostas de mudanças, entre elas a de descentralização da arrecadação das contribuições sociais.

Não que não tenha havido vantagens no orçamento único da Seguridade vigente. Elas derivaram da diversificação de fontes, o que fez com que, entre 1988 e 1992, a contribuição sobre folha salarial tenha caído de 80% para 60% sobre o total de recursos da Seguridade, enquanto as contribuições sobre o lucro e o Finsocial/Confins aumentavam de 14% para quase

25%, mediante a elevação das alíquotas. Em outras palavras, assistiu-se, no orçamento da Seguridade, à queda nas contribuições sobre folha de salários e ao crescimento nas contribuições sobre o faturamento e o lucro.

Se se levar em conta os três níveis de governo, a participação das contribuições sociais em gastos com saúde é declinante, pois aumentou a participação das esferas subnacionais no gasto público da área. Em outras palavras, com o aumento da participação desses níveis de governo, cresceu o comprometimento dos recursos fiscais para o gasto em saúde: entre 1976 e 1990, a participação do nível federal no gasto em saúde caiu de 76% a 51%, a do nível estadual subiu de 16% para 33% e a do municipal, de 7% para 14% (Médici et alii, 1994).

Também no Estado de São Paulo, as mudanças no perfil do financiamento do gasto em saúde foram significativas: de uma composição de 70% de recursos previdenciários e 30% de recursos fiscais (do Estado e municípios), em 1980, para 62% de recursos do Estado e municípios (38% e 24%, respectivamente) e 38% de participação federal, em 1990. Cabe salientar que o maior incremento ocorreu na área municipal, que, em 1980, contribuía com menos de 6% para o gasto em saúde. No Estado, portanto, inverteu-se a composição das fontes de financiamento para a saúde. Tal inversão ocorreu também em outros Estados, mas não com tamanha intensidade. O fato é que, em São Paulo, muitos municípios passaram a ser, no nível local, os verdadeiros sustentadores das ações em saúde.

Nacionalmente, o grande problema é que são poucos os Estados em condições de aumentar os gastos em saúde, devido à crise econômica, que impôs uma recessão profunda, comprometendo as bases de arrecadação tributária. Apesar disso, o sistema de participação e distribuição de receita tributária, definido pela Constituição, fez com que a disponibilidade de recursos para cada nível de governo não mantivesse uma relação direta com o seu recolhimento tributário, possibilitando certa expansão do gasto em relação aos níveis de arrecadação: nos Estados, em 1988, a relação entre receita disponível e receita arrecadada diretamente alcançou 50%, e, nos municípios, 135%. Isso permitiu um consenso em torno da municipalização acelerada da assistência ambulatorial.

Mas o que fazer com a área da assistência hospitalar, que depende em grande parte dos recursos previdenciários (federais)? Nesse aspecto, a questão torna-se mais complexa, pois a desvinculação da assistência hospitalar universal dos fundos previdenciários pressupõe a criação de um vigoroso imposto ou de um adicional sobre imposto já existente, implicando, portanto, modificações na estrutura tributária. Uma das saídas talvez seja a vinculação de receita própria para cada componente da Seguridade Social. Ou, então, a criação de novas fontes fiscais, nos vários níveis de governo, para o gasto nessa área, como reivindicam atores importantes da política, através da criação de novas fontes de custeio, principalmente nos níveis estadual e municipal, ou seja, descentralização financeira para as ações de saúde, rompendo a dicotomia entre fonte centralizada e execução descentralizada⁵.

5. O problema do financiamento da saúde e do equacionamento do *mix* recursos fiscais/contributivos, assim como das demais políticas sociais, é bastante complexo em países como o nosso, em que se defronta com um problema estrutural. Na América Latina, talvez com exceção do Chile, não há exemplos da adoção de modelos liberais de política social, em que o orçamento fiscal financia as políticas para os pobres e os sistemas de contribuição financiam benefícios e serviços para quem possa pagar. E isso ocorre por razões bem simples: o modelo liberal apóia-se em estruturas sociais de pouca pobreza e muita riqueza, isto é, com poucos pobres e muitos ricos. Na América Latina e no Brasil, ao contrário, os pobres são muitos e os ricos poucos; portanto, a demanda por programas sociais é grande e a base potencial de seu financiamento ou é restrita em valor (muitos com renda baixa) ou em quantidade (poucos com renda alta). Esse é o motivo pelo qual é tão difícil equacionar o financiamento de ações universais, em países com estrutura como a nossa.

O problema do financiamento da saúde e do equacionamento do *mix* recursos fiscais/contributivos, assim como das demais políticas sociais, é bastante complexo em países como o nosso, em que se defronta com um problema estrutural. Na América Latina, talvez com exceção do Chile, não há exemplos da adoção de modelos liberais de política social, em que o orçamento fiscal financia as políticas para os pobres e os sistemas de contribuição financiam benefícios e serviços para quem possa pagar. E isso ocorre por razões bem simples: o modelo liberal apóia-se em estruturas sociais de pouca pobreza e muita riqueza, isto é, com poucos pobres e muitos ricos. Na América Latina e no Brasil, ao contrário, os pobres são muitos e os ricos poucos; portanto, a demanda por programas sociais é grande e a base potencial de seu financiamento ou é restrita em valor (muitos com renda baixa) ou em quantidade (poucos com renda alta). Esse é o motivo pelo qual é tão difícil equacionar o financiamento de ações universais, em países com estrutura como a nossa.

Na distribuição desses recursos, definiram-se, como foi visto, a UCA para despesas ambulatoriais, a AIH para internação hospitalar e o Pró-Saúde para as despesas de investimentos. Cabe salientar que, de forma gradual, os valores das tabelas de pagamento foram equiparados independentemente do tipo de prestador de serviços (público, privado ou filantrópico), homogeneizando-se as formas e os valores de pagamento das atividades médico-assistenciais.

A UCA, ao efetuar pagamento por produção, introduz um desvio produtivista no sistema, que, apesar de estar auto-regulado, com volume total de recursos definido *per capita*, pode incentivar superprestações e superfaturamento. Cabe salientar a alta regressividade dos valores determinados para as UCAs nos distintos grupos de Estado. Também os valores correspondentes às AIHs⁶ estão constantemente defasados em relação à inflação, gerando perdas substanciais aos hospitais públicos e ao setor conveniado do SUS. Finalmente, o Pró-Saúde, sem participar dos critérios definidos para o financiamento do investimento em saúde, reintroduz o jogo da barganha política na disputa pelo acesso dos Estados ao governo federal para aprovação de seus projetos de investimentos. Em resumo, o problema central encontra-se no desvio produtivista imposto pelo pagamento da cobertura ambulatorial; na desatualização dos valores da AIH; e na barganha política implícita na conformação do Pró-Saúde.

Quanto à escolha dos critérios para a distribuição dos recursos (população, capacidade instalada, desempenho assistencial, série histórica do custeio das unidades da Federação), trabalhos recentes (por exemplo, Vianna et alii, 1990; Dorneles et alii, 1991) vêm tentando identificar os indicadores para cada um desses critérios e formas de ponderação que levem à obtenção de maiores níveis de equidade. Todos, porém, esbarram na ausência de definição das populações que se pretende beneficiar. Como assinalou Porto (1991),

para seleccionar os critérios para repasse de recursos financeiros e as variáveis que serão usadas na sua operacionalização, deve-se inicialmente definir as populações que se pretende beneficiar e os resultados que se desejam incentivar, ou seja, é necessário construir a imagem-objetivo que se procura alcançar

6. A AIH também é auto-regulada, pois há quotas máximas para cada Estado (0,10 AIH/população) e mecanismos diferenciadores. Além disso, há dois fundos compensatórios para atender a eventuais ajustes: o primeiro, no nível estadual, é constituído de 20% da quota estadual de AIH e serve para ressarcir municípios que atuem como referência estadual; o segundo, no nível federal, é dirigido para unidades e procedimentos de alta complexidade.

Sem isso, a adoção de critérios estará sempre privilegiando uma ou outra situação, sem que se tenha definido o que deve ser privilegiado.

Recursos humanos

Quanto à área de recursos humanos, identifica-se, tanto no Estado quanto nos municípios e no setor privado, uma grande maioria de funcionários de nível superior, principalmente médicos, em contrato de 20 horas ou plantonistas 24/12 horas — e essa parece ser uma tendência dominante no sistema de saúde. Tal fato pode ocasionar um desvio para uma resolutividade mais curativa com excesso de medicalização, ao invés de um trabalho mais programático com a comunidade a ser atendida. O aspecto positivo dessa tendência é o fato de o médico passar por várias instituições — do município, do setor privado e do Estado —, tornando-se o elo de ligação entre os serviços, o que constitui sistemas informais de referência e contra-referência.

A situação da área de recursos humanos, no entanto, apresenta uma série de problemas. O primeiro deles é a ausência de políticas de treinamento, reciclagem, formação e especialização, seja porque o Estado as abandonou, seja porque os municípios não estão capacitados para essa tarefa. O setor privado também está ausente e não há um esforço conjunto nesse sentido. Cabe, porém, salientar o papel dos centros de ensino na área médica, no interior do Estado, que colocam à disposição do sistema um grande número de profissionais de nível superior — principalmente médicos, odontólogos e enfermeiros —, sem os quais seria impossível implantar a descentralização/municipalização no ritmo com que se realizou.

O segundo problema é de ordem salarial. O decréscimo dos salários pagos pelo Estado é apontado como responsável pela baixa produtividade, pela rotatividade e pelo problema crônico do absenteísmo entre os servidos. Até 1990, as prefeituras, ao contrário, estavam não apenas pagando mais do que o Estado, como também, em grande parte, complementando o salário dos funcionários estaduais municipalizados. Houve verdadeiros “leilões” entre as prefeituras, cada uma procurando atrair, pelo salário, o maior número de profissionais.

Outro problema origina-se das dificuldades de administrar funcionários dos três níveis (União, Estado e município). Os municípios apontam que há embaraços no controle dos funcionários do Estado municipalizados; o mesmo diz o Estado em relação aos funcionários do nível federal estadualizados.

Finalmente, cabe salientar a dissintonia entre a formação de número excessivo de médicos especialistas, pelas faculdades de medicina, e a necessidade atual por médicos generalistas.

A questão do modelo assistencial

Quanto à questão do modelo assistencial, há problemas sérios no equacionamento da relação entre rede básica, especialidade e internação, devido ao número insuficiente de leitos, de ambulatórios de especialidades e de SADTs. Na década de 80, apesar do crescimento dos investimentos em rede básica, não houve uma expansão correspondente de leitos, cuja demanda tende a aumentar com o envelhecimento demográfico da população. Esse é o ponto nevrálgico do sistema, que compromete todo o processo de constituição do SUS. No Estado de São Paulo, é inexpressiva a presença pública na rede hospitalar, cujos serviços têm de ser, por isso, comprados à rede privada — mas, então, os recursos revelam-se insuficientes. As soluções apontam para o incremento das ações municipais na busca de recursos para construção de hospitais, principalmente os de médio e grande porte, ou do estabelecimento de novos tipos de arranjos entre o público e o privado no nível local.

Outro problema é o reforço, por parte dos municípios, das ações de assistência médica com alta medicalização, com tendência à hegemonia do pronto-atendimento. Com isso, descharacterizam-se os objetivos do SUS na questão do modelo assistencial e perdem-se os elos coletivo/individual e prevenção/cura. Segundo alguns críticos, a assistência teria sido tomada por uma visão eleitoreira, que procura satisfazer demandas imediatas, levando a um privilégio da quantidade de atendimentos, ou seja, de incrementos de produtividade. Por sinal, esse aspecto seria reforçado pela nova resolução do nível federal, instituindo o pagamento da rede pública por produção de serviços. De fato, até 1990, era raro encontrar centros de saúde que desenvolvessem programas fora da assistência médica: todas as UBS estavam voltadas para o pronto-atendimento/atendimento programado (inclusive odontológico), procurando atingir o maior número de pessoas. Com a municipalização, a produção do sistema cresceu enormemente: em alguns municípios, o número de consultas realizadas, entre 1988 e 1990, expandiu-se em até quatro vezes.

Em suma, o modo de funcionamento do sistema de saúde alterou-se radicalmente, entre o início e o final da década de 80, ampliando a resolutividade ambulatorial mediante a incorporação do pronto-atendimento/atendimento programado. Nas áreas hospitalar, de especialidades e de SADTs, porém, surgiram novos pontos de estrangulamento.

“Politização excessiva” do sistema

Por último, há uma crítica geral de política de saúde, expressa pela grande parte das instâncias e dos atores: a de sua “politização excessiva”. Tal fato revela que a saúde foi “descoberta” pelos políticos como fonte de legitimidade de voto e que as ações de saúde estão se definindo por um jogo político que é alheio aos seus princípios e objetivos. É, porém, interessante distinguir o que é geral para todas as políticas — os grupos de interesses que as influenciam — e o que é específico nessa área, além do fato de a saúde produzir, como já se observou, satisfação imediata e resultados rápidos.

Quando se definiu que a descentralização em saúde desembocaria na municipalização e que a gerência dos sistemas locais seria responsabilidade dos municípios, estava se operando, na verdade, uma descentralização política de tipo específico. Esta produziria alterações de peso no papel e na competência das três esferas de governo, na definição da unidade última da descentralização e na base de sustentação (política) da política de saúde.

Ao compararmos a descentralização política — especificamente quando ocorre para instâncias subnacionais de governo — com a de cunho administrativo, podemos observar que no primeiro caso há alterações no papel e na competência das instâncias de governo no interior da política, pois a descentralização ocorre em direção a esses níveis. Da mesma forma, a unidade última da descentralização passa a ser o nível municipal, diferentemente da descentralização administrativa, em que é uma unidade de serviço. A consequência dessas diferenças é a alteração do tipo de ator presente na política: no caso da descentralização para instâncias subnacionais, introduzem-se na política os atores do sistema político, como os prefeitos, modificando a base de sustentação política da política. Em outras palavras, a política de saúde passa a sofrer as influências não mais exclusivamente da conformação de interesses corporativos, mas também dos vinculados ao sistema político-eleitoral. Se esse tipo de descentralização é, por um lado, facilitado pela presença desse tipo de ator — em poucas palavras, possuidor de recursos extensos e de poder considerável —, é, por outro, permeado de interesses inerentes ao sistema político, o que pode ocasionar novas tensões, dificuldades e complexidades ao processo de descentralização.

Outros fatores que contribuíram para esse quadro, que os próprios atores da política têm caracterizado como o de “politização excessiva”, são:

- a. a saúde foi a única política setorial em que ocorreu descentralização de fato e que contou, no período de sua implementação, com os maiores incrementos reais de recursos;
- b. a entrada dos municípios nas ações de saúde reforçou grupos de interesse bastante organizados;
- c. a saúde é uma área que já possui grau de politização anterior, manifestando-se na constituição do Movimento Sanitário e na participação ativa de vários tipos de atores na formulação do próprio SUS e da Lei Orgânica da Saúde;
- d. a municipalização propicia o envolvimento direto dos políticos locais, principalmente dos prefeitos, na política, acirrando sua tendência à “politização excessiva”;
- e. a política de saúde esteve na agenda dos governos estaduais e federais, durante toda a década de 80;
- f. a saúde é tema constante na mídia.

A crítica recorrente da “politização excessiva” tem por base esses aspectos, e o seu alvo se estende aos inúmeros candidatos a cargos eletivos que se originaram da área de saúde que se valem de seu cargo para apoiarem candidaturas. Em todo caso, o que desencadeou as críticas parece ser o envolvimento, a partir da municipalização, dos políticos locais, principalmente prefeitos, nessa área.

* * *

No Estado de São Paulo, houve um processo de regionalização com municipalização na área de saúde. A municipalização passou, então, por um revigoramento crescente, mas, ao invés de conviver harmoniosamente com a regionalização, procurou substituí-la no nível local.

A conclusão que se impõe é a de que a descentralização, que tenha como ponto terminal a municipalização, não pode deixar de levar em consideração aspectos como a dimensão continental do país e a sua estrutura federativa. No Brasil, de fato, as três esferas de poder — federal, estadual e municipal —, além de passarem pelo crivo do voto universal, conformam instâncias autônomas de governo, bastante heterogêneas e estabelecendo entre si relações de governo a governo. Em tais situações, é difícil manter a idéia de sistema, que é necessária em saúde, convivendo com a municipalização. Esta, estimulada pela dinâmica política do espaço local, tende a romper com a lógica do sistema, principalmente quando há estrangulamento nos demais níveis de assistência. A contradição entre regionalização e municipalização é acirrada, também, pela forte presença do setor privado na oferta de serviços (hospitalares). A tendência do setor privado é a de aproximar-se de uma das instâncias governamentais, atizando o conflito com as demais.

Há, entretanto, muitos aspectos positivos da municipalização, entre os quais se destacam:

- importância que o orçamento fiscal passou a assumir no financiamento do sistema, nos municípios;
- expansão da oferta física de serviços e aumento considerável na produção de consultas;

- introdução de uma nova cultura nas administrações locais, como exigência de planejamento (Planos Municipais de Saúde), elaboração de quadro de cargos e carreiras e concurso para seu preenchimento, revigoração de instrumentos de gerência, como prestação de contas, controle de material etc.

Outro aspecto, presente no processo de regionalização/municipalização, é o revigoração de novas formas de gestão, introduzidas com as Comissões Interinstitucionais, presentes desde as AIS. Apesar da perda de importância da instância regional interinstitucional, a experiência desse tipo de gestão não apenas possibilitou a participação de novos atores (setor privado/usuário), como também permitiu um certo controle sobre o processo de municipalização, neutralizando as diferenças locais e socializando o discurso do sistema único.

O SUS, porém, encontrou seu limite no volume e na forma de financiamento. Apesar do fôlego maior propiciado pelos orçamentos municipais, a tendência é a de expansão dos custos da prestação devido ao envelhecimento da população, demandando mais serviços hospitalares; ao comportamento da demanda, sobrecarregando os serviços; à oferta tanto de serviços básicos como de alto custo pelo setor público, às reivindicações crescentes pela melhoria dos serviços; e, finalmente, à demanda crescente por especialidade. Os recursos previdenciários, têm elasticidade para atender a tal expansão dos custos, sobretudo da assistência hospitalar? A pergunta tem sua razão de ser, pois o ponto fraco do financiamento é na área hospitalar, na medida em que os recursos fiscais, do Estado ou dos municípios, dirigem-se à assistência ambulatorial.

Outro ponto de estrangulamento localiza-se na área de recursos humanos: os baixos salários pagos pelo setor público são apontados como a razão principal da ociosidade da rede básica, de sua baixa produtividade e até do desvirtuamento das funções inerentes ao serviço público. Além disso, a notória ausência de políticas visando a formação, o treinamento e a especialização é também um dos pontos mais criticados.

As críticas dirigem-se também ao tipo de assistência prestada, com pouca ênfase na parte preventiva. Por fim, a crítica à “politização excessiva” revela um desvirtuamento do que seria uma politização necessária, visando o aumento do controle social, e mostra que a política de saúde tornou-se simplesmente prisioneira das regras do jogo eleitoral.

Anexo

Procedimentos metodológicos

As Tabelas de Projeção foram realizadas com base nas projeções de crescimento populacional, para a próxima década, da Fundação Seade, e nos parâmetros de atendimento da rede básica da Secretaria Estadual de Saúde.

Os parâmetros utilizados foram os seguintes:

I. Consulta

O parâmetro de concentração de consultas para uma determinada atividade tem embutido no seu número os seguintes componentes:

- a. urgência/emergência
- b. pronto-atendimento
- c. programático
- d. especializado

Na faixa etária de menos de um ano, o parâmetro de seis consultas/ano divide-se em:

- 3,2 consultas/ano para consultas programáticas;
- 2,8 consultas/ano, para consultas não-programáticas, representando outros componentes (urgência/emergência, pronto-atendimento e consultas especializadas).

O componente não-programático está assim distribuído:

- 0,42 consultas/ano para urgência/emergência (15% de 2,8);
- 0,56 consultas/ano para especialidades (20% de 2,8);
- 1,82 consultas/ano para pronto-atendimento (65% de 2,8).

Para a faixa etária de 5 a 14 anos, o parâmetro é de $2,8 \times 0,5$, e para a de 15 anos e mais (adulto), é de $2,8 \times 0,5$. Eles assim se distribuem, por tipo de atendimento:

Urgência/Emergência	Pop. total	$\times 2,8 \times 0,15$
Clínica Médica (adulto)	Pop. >15	$\times 2,8 \times 0,50$
Pediatria	Pop. até 4	$\times 6,0 \times 0,50$
	Pop. 5 a 14	$\times 2,8 \times 0,50$
Gineco-Obstetrícia	Pop. total	$\times 2,8 \times 0,127$
Cirurgia Geral	Pop. total	$\times 2,8 \times 0,023$
Psiquiatria	Pop. total	$\times 2,8 \times 0,022$
Especializados	Pop. total	$\times 2,8 \times 0,178$

2. O parâmetro de Internação utilizado foi o de 0,116 para a população como um todo.

3. O parâmetro de rendimento é assim calculado:

$$\begin{aligned}8 \times 4 \times 12 \times 250 &= 96.000 \\ \text{Consultórios por UBS} &= 8 \\ \text{Consultas/hora} &= 4 \\ \text{N}^\circ \text{ de horas de funcionamento/dia} &= 12 \\ \text{N}^\circ \text{ de dias/ano} &= 250\end{aligned}$$

4. O cálculo da ampliação do número de UBS para fazer face à demanda projetada de consultas adotou os seguintes procedimentos: distribuiu-se o investimento de forma diferenciada das necessidades de construção para cumprir a meta referencial de cada ano, de forma a evitar uma sobrecarga de custo total de investimento (construção + readaptação e manutenção) nos primeiros anos da década e, especialmente, no ano mais deficitário (1989). O investimento em unidades novas de saúde teria início em 1991, tornando-se mais intenso em 1993.

- Os custos de construção de uma Unidade Básica de Saúde são os seguintes¹:

$$\begin{aligned}\text{Construção, US\$ } &885,00 \text{ por m}^2; \\ \text{Instalação/Equipamento Médico, US\$ } &866.177,00 \text{ (UBS de } 800 \text{ m}^2\text{).} \\ \text{O custo total de construção de uma unidade básica de saúde é:} \\ \text{US\$ } &885,00 \times 800\text{m}^2 + \text{US\$ } 866.177,00 = \text{US\$ } 1.574.177,00.\end{aligned}$$

- O procedimento de cálculo do investimento em readaptação e manutenção das UBS em cada ano consistiu, basicamente, em aplicar índices de depreciação, diferenciados para construção civil e equipamento médico, às unidades básicas existentes até o ano anterior.

1. Os dados apresentados foram fornecidos pelo Centro Técnico de Engenharia (construção civil) e pelo Grupo de Gerência Hospitalar (equipamento), da Secretaria da Saúde de São Paulo.

Os índices usualmente aceitos para cálculo da depreciação são de 4% ao ano do custo de construção e 10% ao ano do custo de aquisição de equipamento. Mas, em função do precário estado de conservação da rede atual, optou-se por índices maiores de depreciação para as unidades de saúde existentes no começo de 1989, aplicando esses índices para os quatro primeiros anos da série projetada. A partir de 1993, os índices voltariam a ser os usuais para todas as unidades (novas e antigas). Os valores desses índices majorados seriam de 6% ao ano para construção e 20% ao ano para equipamento. Esquemáticamente:

- Depreciação/Construção:

unidades antigas até 1992 6% do custo construção
unidades novas e antigas após 1993 4% do custo construção

- Depreciação/Equipamento:

unidades antigas até 1992 20% do custo de equipamento
unidades novas e antigas após 1993 10% do custo de equipamento

- O número de UBS existentes no início de 1989, para efeito de aplicação dos índices majorados de depreciação, foi estimado com base na produção potencial de capacidade física e na capacidade de atendimento de uma UBS média, a partir do seguinte procedimento:

Número Estimado = Produção Potencial / Capacidade de Atendimento de 1 UBS.

Esquemáticamente, o cálculo do custo de readaptação e manutenção para a série projetada é:

- 1989-1991: unidades existentes x (6% do custo da construção + 20% do custo de equipamento);
- 1992: (cálculo anterior + rede construída em 1991) x (4% do custo da construção + 10% do custo de equipamento);
- a partir de 1993: toda a rede x (4% do custo da construção + 10% do custo de equipamento).

Bibliografia

Fontes e Documentos

Banco Mundial. Brazil urban health sub-sector issues paper — management of health care programs. 21/12/1981.

Banco Mundial. Brazil — São Paulo health project. Preparation Mission — Aide memoire. Jun./jul. 1982.

Banco Mundial. Brazil — São Paulo health project. Appraisal Mission. Dez. 1982.

Banco Mundial. Brazil health project — staff appraisal report. Abr. 1983.

Banco Mundial. Brazil health project — staff appraisal report. 19/4/1984.

DOP. Levantamento de custos de terrenos, construções e equipamentos. Jan. 1984.

FUNDAP. Custos do Projeto Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Região Metropolitana de Saúde — Apresentação preliminar. Dez. 1982.

FUNDAP. Levantamento preliminar dos custos operacionais da rede de assistência médica e hospitalar da Região Metropolitana de São Paulo (Anexo B). Set. 1982.

- FUNDAP. Relatório sobre as características da rede de serviços de saúde — estudo de condições e políticas de saúde no Brasil. 1989.
- IBGE/UNICEF. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil — aspectos nutricionais (1974/1975). Rio de Janeiro, 1982.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Operacionais Básicas do SUS: Portarias e Resoluções.
- OMS/UNICEF. Declaração de Alma-Ata — Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978.
- OMS. Documento WHO/SHS/OH/88.1. Genebra, 1988.
- OPS. Resolução XV, Documento CD — 33/14.
- SES. Documento Técnico 01/84. Mar. 1984.
- SES. Projeto de expansão da rede de serviços básicos de saúde para a Região Metropolitana de São Paulo. Jan. 1981.
- SES. Projeto de expansão da rede de serviços básicos da saúde da Grande São Paulo — versão sintética. Jan. 1983.
- SES. Relatório da área de saúde. Região Metropolitana de São Paulo: diagnóstico 1975. São Paulo, 1975 (mimeo.).
- SES. Relatório preliminar de implantação dos Núcleos de Atenção Integral — NAI nos SUDS-R da Região Metropolitana, CADAIS/CIS/SUDS 1 a 15. Fev. 1989 (mimeo.).
- UNICEF/OMS. National decision — making for primary health care. A study by the UNICEF/WHO Joint Committee on Health Policy World Health Organization. Geneve, 1981.

Livros e artigos

- AKIN, John; BIRDSALL, Nancy; FERRANTI, David. *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*. Banco Mundial. 1988
- ARDIGO, A. In: LA ROSE, Michele, org. *Welfare State: teorie e metodologie di analisi*. 1990 Milão, Franco Angeli.
- ASHFORD, Douglas. Decentralization and the Welfare State. In: DENTE, B. & 1988 KJELLBERG, F. *Institutionalizing local government*. SAGE.

- AURELIANO, Liana & DRAIBE, Sônia. A especificidade do "Welfare State" brasileiro. 1989 *Economia e Desenvolvimento*, 3, Brasília, MPAS/CEPAL.
- BENNETT, R.J. *Decentralization, local governments and markets: towards a postwelfare agenda*. London, Clarendon Press-Oxford. 1990
- BORJA, Jordi et alii. *Descentralización del Estado. Movimiento social y gestión local*. Chile, 1989 FLACSO.
- BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio G. *Saúde e previdência. Estudos de política social*. São Paulo, Hucitec. 1986
- CAMARGO, Aspásia. *O federalismo acorrentado*. ANPOCS (mimeo.). 1992
- CASTRO, M.H. Guimarães. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. 1991 *Planejamento e Políticas Públicas*, 5, Brasília, IPEA.
- _____ *Política social e descentralização: apontamentos para um debate*. 1992 Campinas (mimeo.).
- CEPAL. *Transformación productiva con equidade: la tarea prioritária del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa*. Santiago. 1990
- COUTINHO, M. & SALM, C. Previdência Social. In: BACHA, Edmar L. & KLEIN, Herbert S., org. *A transição incompleta*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, v. 2. 1986
- DORNELES, G. et alii. *Análise da distribuição dos recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul e proposta da operacionalização dos critérios para sua distribuição*. Porto Alegre (mimeo.). 1991
- DRAIBE, Sônia M. As políticas de combate à pobreza na América Latina. *São Paulo em Perspectiva. Revista da Fundação SEADE*, 4 (2), abr./jun. 1990
- EDUARDO, M. Bernadete & SOBOLL, M. Lucia. *O perfil epidemiológico do Estado de São Paulo na década de 80, Programa Decenal de Saúde*. São Paulo, FUNDAP. 1990
- ELAZAR, J. Daniel. *Exploring federalism*. The University of Alabama Press. 1991
- FAGNANI, Eduardo. *Marcos gerais da política social da Nova República*. Campinas, 1987 IE/CECON, mar. (mimeo.).
- FAGNANI, Eduardo; BRAGA, J.C.; SILVA, B.P.L. Recessão e financiamento das políticas sociais. *Texto para discussão interna*, 7. São Paulo, IESP/FUNDAP, set. 1986
- FAVARET Filho, Paulo & OLIVEIRA, Pedro Jorge de. *A Universalização Excludente. Texto para Discussão*, 216. Rio de Janeiro, IEI/UFRJ, set. 1989

- FERRERA, M. & ZINCONE, G. *La salute che noi pensiamo*. Bologna, Il Mulino.
1986
- FLEURY, Sonia. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. *Divulgação em saúde para debate*. CEBES, jun.
1991
- GOLDSMITH, M. & NEWTON, K. Centralization and decentralization. Changing patterns of intragovernmental relation in advanced western societies. *European Journal of Political Research*, 16: 359-363.
1988
- GORZ, André. *Pour donner un sens aux changements*. Paris (mimeo.).
1988
- HABERMAS, Jürgen. A nova intransparência — a crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas. *Novos Estudos CEBRAP*, 18, set.
1987
- HOFFMANN, Helga. Pobreza e Propriedade no Brasil: o que está mudando? In: BACHA, Edmar L. & KLEIN, Herbert S., org. *A transição incompleta*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, v. 1.
1986
- IBAÑEZ, N. & VIANA, A.L. Estratégias de implantação do Programa Metropolitano de Saúde. *Revista Paulista de Hospitais*, 10, dez.
1986
- JUNQUEIRA, Luciano & INOJOSA, Rose. *Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: do ERSA ao SUDS/SP*. São Paulo, FUNDAP (mimeo.).
1989
- MARTES, B. Ana Cristina. *A institucionalização dos movimentos de reivindicação urbana. A Secretaria de Saúde e a participação popular (1979-89)*. São Paulo, USP. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
1990
- MÉDICI, André et alii. *Gastos sociais nos Estados e municípios*. IESP/FUNDAP.
1994
- MELLO, Lordello D. O governo municipal brasileiro: uma visão comparativa com outros países. *Revista da Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, out./dez.
1993
- MERCADANTE, Otávio. *Modelo assistencial: conceito e operacionalização*. São Paulo 1986 (mimeo.).
- NEPP. *Brasil 1985. Relatório sobre a situação social do país*. Campinas, NEPP-UNICAMP, 1986 v. 1.
- NEPP. *Brasil 1986. Relatório sobre a situação social do país*. Campinas, NEPP-UNICAMP. 1988
- NEPP. *Brasil 1987. Relatório sobre a situação social do país*. Campinas, NEPP-UNICAMP. 1989a

- NEPP. *Avaliação da implementação de um novo modelo de saúde em São Paulo (1978-1988)*
1989b — *O Programa Metropolitano de Saúde: novas formas de intervenção estatal na área de saúde. Relatório Final.* Campinas, NEPP-UNICAMP.
- NEVES, M.I. Ação Programática Saúde: recuperação histórica de uma política de
1990 programação. In: SCHNAIBER, Lilia B., org. *Programação em saúde hoje.* São Paulo, Hucitec.
- OSZLAK, Oscar et alii. Descentralización y servicios de salud. *Série Desarrollo de Servicios*
1987 *de Salud*, 17, Buenos Aires, OPS.
- PAGANINI, J.M. Los desafios de los servicios de salud en la década del 90. *Seminário Inter-*
1989 *agencial acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales*, Brasília, OMS/OPS/IEPES/UNESCO.
- PORTO, Silvia. Descentralização de recursos no setor saúde: comentários sobre algumas
1991 propostas. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, 5, jun.
- RODRIGUES, Marie Azuma. *A integração docente-assistencial, regionalização e*
1986 *hierarquização dos serviços de saúde: a experiência de Cotia.* São Paulo, USP. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- SALLUM, Basílio & KUGELMAS, Eduardo. O Leviatã acorrentado: a crise brasileira dos
1993 anos 80. In: SOLA, Lourdes, org. *Estado, mercado e democracia. Política e economia comparadas.* Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- SALTMAN, B. Richard. Nordic health police in the 1980's. In: ALTENSTETTER, C. &
1991 HAYMOOD, C. Stuart, org. *Comparative health police and New Right.* New York, St. Martin Press.
- SHARPE, R.J. The growth and decentralization of the modern democratic state. *European*
1988 *Journal of Political Research*, 16: 365-380.
- SOLA, Lourdes. Estado, transformação econômica e democratização no Brasil. In:
1993 _____ *Estado, mercado e democracia. Política e economia comparadas.* Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- VIANNA, S.M. et alii. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios*
1990 *para transferência de recursos federais para Estados e municípios.* Brasília, OPS.
- WOHLAND, M. O gasto dos órgãos da administração pública em saúde e saneamento no Es-
1983 tado de São Paulo: 1978-80. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, FUNDAP.
- YUNES, João. 1981. *Evolução da mortalidade infantil e mortalidade infantil proporcional no*
1981 *Brasil.* São Paulo.