

Reforma do Estado e saúde

Amélia Cohn

RESUMO. O artigo discute o modelo e as conseqüências da descentralização do sistema de saúde que vem sendo implantado no Brasil na última década, no quadro da reforma do Estado. A partir de considerações sobre a especificidade da relação entre sociedade e Estado nos países periféricos e especificamente na América Latina, o artigo analisa o caso brasileiro, argumentando sobre a necessidade de se levar em conta não apenas os dados econométricos, mas também os princípios de equidade e justiça social.

A questão da tão controversa reforma do Estado e das políticas públicas presente atualmente na agenda brasileira (e latino-americana em geral) vem sendo remetida, em termos imediatos, à dimensão assumida como nuclear da crescente crise fiscal do Estado frente aos inúmeros encargos que foram por ele historicamente sendo assumidos, em particular a partir dos anos 1960, e mais acentuadamente a partir da Constituição de 1988.

No entanto, cabe de início ressaltar que enquanto nos países centrais o eixo dessa discussão vem sendo dado pelo fenômeno da globalização e pela crise dos *Welfare States*, tendo como contrapartida a discussão acerca de critérios distributivistas e de justiça social no novo contexto marcado por preceitos neoliberais, nos países periféricos essa discussão vem seguindo os mesmos rumos, a partir da herança histórica específica de seus sistemas de proteção social, mas acrescidos do fenômeno da necessidade de ajuste estrutural à nova ordem econômica mundial e das profundas desigualdades sociais que crivam essas sociedades.

Assim, se uma dimensão mais imediata desse debate diz respeito à pluralidade e abrangência das ações do Estado e padrões de bem-estar social, outra no entanto remete à articulação daí decorrente entre Estado/mercado e Estado/sociedade. E ambas, no seu conjunto, envolvem tanto a dimensão da articulação entre as políticas sociais (e de saúde) e novos padrões de

Amélia Cohn é docente do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e pesquisadora do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea — Cedec.

acumulação quanto aquela da articulação entre Estado/sociedade na garantia de patamares mínimos ou satisfatórios de bem-estar social. Na essência, o que está em jogo é o questionamento de que instituições ou entidades — Estado e/ou Mercado — exercerão a função básica de regulação da atividade econômica, e em consequência, a natureza e o caráter compensatório que as políticas públicas assumirão da perspectiva da garantia de determinados patamares de bem-estar social.

No que diz respeito à dimensão da articulação entre Estado e acumulação, dentre as heranças históricas dos países periféricos, as décadas de 1950 e 1960 assistiram à emergência da concepção do Estado desenvolvimentista, segundo a qual ao Estado competia promover a mudança estrutural das sociedades, promovendo um processo de industrialização acelerada, e a garantia de infra-estrutura urbana e dos setores básicos da economia que dessem suporte a esse processo, tendo como objetivo a modernização econômica e social. Mas se esse não foi um fenômeno exclusivo dos países periféricos, nestes essa concepção veio acompanhada também da concepção de Estado empresário — vale dizer, o Estado como responsável, por exemplo, pela produção de bens intermediários para dar suporte a um processo acelerado de industrialização —, associada no entanto à teoria da nova dependência.

O que é específico nesse caso, e que diz respeito mais de perto à questão da reforma do Estado e políticas sociais, consiste no fato de que a concepção desenvolvimentista do Estado, longe de conceber como incompatíveis desenvolvimento econômico (leia-se processo acelerado de industrialização) e desenvolvimento social, os entende como estreitamente articulados entre si, na medida em que o primeiro levaria necessariamente ao segundo.

Da mesma forma, também é específico o consenso prevalecente sobre a centralidade do Estado no processo de mudança estrutural dessas sociedades, entendido como agente regulador do mercado e como investidor em setores básicos da economia, configurando-se portanto como um agente por excelência modernizador dessas sociedades.

Já no decorrer da década de 1970 assiste-se ao questionamento dessa concepção, emergindo então a nova imagem do Estado como problema. (Evans, 1993) Este autor chama a atenção para o fato de que, se essa nova imagem vem associada ao relativo fracasso do Estado desenvolvimentista na realização das tarefas definidas pela agenda anterior, ela coincide também com a alteração da própria concepção de mudança estrutural até então prevalecente, quando passa a ser definida basicamente em termos de ajuste estrutural, em consequência da queda do crescimento do comércio mundial

dos anos 1970, da elevação das taxas de juros reais desse período, e da restrição dos empréstimos comerciais do início dos anos 1980. Não se deve esquecer, no entanto, que no caso latino-americano esse debate vem acrescido de uma outra dimensão, vale dizer, o questionamento do Estado desenvolvimentista associado à resistência a um Estado ditatorial, que ameaça os cidadãos.

A partir da década de 1980, portanto, começa a prevalecer a concepção sustentada pelas teorias do Estado mínimo, que atribui ao mercado a função reguladora básica da alocação de recursos e ao Estado fundamentalmente as ações orientadas para a renda. No entanto, vários autores de distintas matrizes de pensamento alertam para o fato de que, em que pese o ideário neoliberal na defesa do Estado mínimo nesse novo contexto, a recente história dos países latino-americanos vem demonstrando que o ajuste estrutural de suas economias tem demandado a presença decisiva do Estado. Como afirma Tavares (1993): “Não basta desregular, privatizar e tentar reduzir o tamanho do Estado, como ensina a doutrina neoliberal. Há que se tentar reestruturá-lo e mudar seu padrão de financiamento (fiscal, financeiro e patrimonial) além de vincular a forma de gestão e regulação pública. É verdade que se requer um Estado forte e ágil e não um ‘big government’, paralizante, mas sua capacidade de intervenção e regulação eficientes não deveria desaparecer e, sim, ao contrário, fortalecer-se para poder encaminhar reformas institucionais necessárias, tanto do *mercado* quanto do próprio Estado. Paradoxalmente, mesmo as reformas mais liberalizantes como as chilenas e mexicanas demandaram um *Estado forte*”. (p. 79)

Também Evans (1993) compartilha dessa mesma tese: “goste-se ou não o Estado permanece central ao processo de mudança estrutural mesmo quando a mudança é definida como ajuste estrutural” (p. 109). Lechner (1993), por sua vez, aponta que se de um lado o novo papel do Estado o debilita, na medida em que deve assumir o custo financeiro da reconversão — dívida externa, saneamento das empresas públicas a serem privatizadas, dentre outros —, assinala por outro lado que o modelo neoliberal supõe, por sua vez, uma forte intervenção do Estado, agora em uma outra dimensão, que consiste na repressão das reivindicações sociais e imposição da liberalização dos mercados aos sindicatos e empresários.

Por outro lado, vários autores chamam a atenção para o fato da emergência de novos paradigmas, industrial e tecnológico, que acompanham esse processo, e que se baseiam crescentemente na melhoria acentuada da formação dos recursos humanos envolvidos no processo produtivo, tanto em termos educacionais quanto em qualidade de vida. E esta consiste, sem

dúvida, uma primeira porta de entrada para a introdução da questão da reforma do Estado na área social e a articulação entre as dimensões econômica e social na atual conjuntura, marcada pelo ajuste estrutural e pela estabilização econômica. De imediato chama-se a atenção para o fato de que se de um lado a própria política de ajuste estrutural da economia remete à necessidade de se levar em conta a exigência de maior qualificação e elevação dos níveis de qualidade daqueles que serão integrados pela nova lógica de acumulação, garantindo competitividade (seletiva) na nova ordem transnacional da economia, de outro remete à questão de as políticas públicas — de natureza econômica e social — demandarem a formulação de um projeto para a sociedade, ou um de projeto nacional.

Recorre-se aqui, uma vez mais, a Tavares (1993), que permite introduzir uma outra dimensão mais estreitamente vinculada às políticas de saúde, e que consiste na questão da pobreza e das desigualdades sociais. Segundo a autora, se já é difícil conceber que simples reformas de cunho liberal e medidas de ajuste sejam capazes de propiciar vantagens dinâmicas comparativas à economia brasileira, “muito menos se pode pretender reduzir as disparidades de renda e resgatar a chamada *dívida social* sem uma maior cooperação entre governo, empresas e trabalhadores e mais do que isso, sem um projeto nacional de mais longo fôlego que inclua o combate à miséria com dimensão estratégica e não crie falsas oposições entre mercado interno e externo, e entre crescimento e distribuição. Evidentemente falamos é da necessidade de um novo padrão de desenvolvimento, que permita incluir os excluídos e tornar *virtuoso* o novo paradigma”. (p.108)

A questão da reforma do Estado, portanto, mesmo quando vinculada estritamente às políticas sociais, implica a existência de um projeto de sociedade (ou de nação, como afirma Tavares) que defina as suas diretrizes e, a partir dessas diretrizes, definir-se-á o padrão de relação entre Estado/mercado e Estado/sociedade. Desta perspectiva ressalta uma dimensão fundamental para se enfrentar as mudanças que se verificam no aparato estatal na área social, a relação entre desenvolvimento e democracia, e em decorrência, entre políticas econômicas e políticas sociais, tradicionalmente no país concebidas como incompatíveis entre si. De qualquer forma, a questão de fundo aqui presente reside em como formular e implementar reformas do Estado que contemplem a inclusão dos excluídos, não da perspectiva defendida pelos liberais clássicos — o alívio da pobreza — mas daquela defendida pelos denominados progressistas — o da superação da pobreza.

Assim entendidas as implicações da reforma do Estado, impõe-se encará-las não só a partir da necessidade de se superar as clássicas dicotomias que

presidem as análises a respeito das políticas sociais latino-americanas no período mais recente — focalização *versus* universalização, centralização *versus* descentralização, privatização *versus* estatização, dentre outras — mas buscar entender a reformulação que elas vêm promovendo, sobretudo no que diz respeito à concepção do que vem a ser responsabilidade do Estado, controle público, busca de modalidades não estatais na esfera pública, efetivação dos direitos básicos do cidadão e justiça social.

Por outro lado, as análises das várias experiências latino-americanas de reforma do Estado na área social nesse período recente revelam que, ao contrário dos pressupostos das diretrizes de inspiração neoliberal que as vêm norteando, elas vêm demandando crescente presença do Estado nesses setores, não só em termos da sua regulação como sobretudo em termos do seu suporte financeiro, tornando-se altamente onerosas.

Não se trata, portanto, de pensar e analisar as experiências recentes de mudanças do lugar que o Estado vem ocupando a partir dessas políticas sociais formuladas no interior de programas de ajuste e estabilização econômicas, mas sim das transformações que elas vêm operando na qualidade desse Estado. Rejeita-se, com isso, a dimensão simplificadora da análise em termos da equação mais ou menos Estado, e privilegia-se a dimensão do impacto dessas reformas sobre a capacidade de gestão e de captação de demandas e necessidades sociais por parte do próprio Estado, tornando-o mais ou menos capaz de integrar efetivamente todos os cidadãos. Esta, aliás, é uma das teses nucleares defendidas por Lechner (1993) — a da permanência da centralidade do Estado —, até porque, como conclui, “o mercado por si só não gera nem sustenta uma ordem social e, pelo contrário, pressupõe uma política de ordenação”. (p. 245)

Se as políticas de ajuste estrutural e de estabilização vêm demandando uma decisiva presença dos Estados latino-americanos na formulação e implementação de políticas econômicas eficazes, o que exige um Estado forte, essa exigência torna-se ainda mais decisiva na área social, dada a incapacidade do mercado de integrar produtivamente os mais pobres em um prazo eticamente aceitável. (Laurell, 1995)

As políticas de saúde no período recente

Dentre as experiências latino-americanas de reformas do sistema de saúde, o caso brasileiro é tido como aquele que mais avançou no sentido de conquistar uma nova institucionalidade para a saúde em termos de constituí-la como um direito do cidadão e um dever do Estado. Até porque esta nova institucionalidade, consagrada pela Carta Magna de 1988, estabelece um Sistema Único de Saúde (SUS) público, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, para garantir as exigências constitucionais de acesso equânime e universal à atenção integral à saúde.

Mas, embora não se pretenda fazer aqui uma recuperação histórica, é necessário que se assinala que essa nova institucionalidade do setor encontra um sistema de saúde organizado de forma ainda altamente centralizada (em que pesem alguns avanços no sentido da descentralização representados pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (Suds) a partir de meados da década de 1980, mas que se configuraram na prática mais como um processo de desconcentração); acentuadamente privatizado, com um setor privado de produção de serviços altamente complexo e diferenciado nas formas de financiamento e no grau de dependência financeira dos recursos públicos (Elias, 1996a); com uma base de financiamento vinculada fundamentalmente a recursos contributivos provenientes da previdência social, e portanto altamente instáveis, uma vez que tem como fonte a massa salarial; verticalizado, e mais acentuadamente no que diz respeito às ações de caráter coletivo; e sobretudo com duplicidade de comando no nível central, reproduzida nas esferas subnacionais — Ministério da Saúde e Inamps, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

A somatória dessas características resulta em uma dicotomia de clientela: aquela vinculada ao mercado de trabalho, e portanto tendo seu acesso aos serviços médicos previdenciários determinado por sua capacidade contributiva, e os excluídos do mercado de trabalho, sem vínculo com a previdência social, ficando à mercê do sistema estatal de serviços de saúde. Da mesma forma, evidencia-se uma dicotomia das fontes de financiamento: os serviços médicos previdenciários financiados com recursos contributivos, e os demais com recursos orçamentários da União.

Como resultado, o período entre meados da década de 1960 e meados da década de 1980 assiste a um crescimento acelerado do setor privado prestador de serviços médicos, financiado com recursos públicos (previdenciários) por meio da compra de serviços para a clientela vinculada ao sistema

previdenciário. Até então configura-se, assim, a constituição de um complexo setor privado (lucrativo e não lucrativo) prestador de serviços isento dos riscos do mercado, na medida que encontra no Estado, por intermédio da compra de seus serviços, seu principal agente na constituição do que se pode denominar de um “mercado cativo”. Complementa esse sistema de saúde um setor estatal, crescentemente pressionado pela demanda de uma população de mais baixo poder aquisitivo, e crescentemente sucateado diante do estrangulamento progressivo dos recursos fiscais destinados à área social em geral.

É nesse contexto que propostas de se reverter a lógica das políticas de saúde no sentido da conformação de um sistema de saúde único e público, voltado para a atenção à saúde da população, e não dual, começam a ser formuladas a partir dos anos 1970, e que acabam consagradas na nova carta constitucional. A partir de então o desafio consiste em implementar o SUS segundo os preceitos constitucionais de universalidade, equidade e integralidade, preservando-se, dentre outros, os princípios de controle público (no texto constitucional e na literatura especializada sobre o tema contemplado pelos termos “controle social”, “participação social” e “participação da comunidade”) e instituindo um modelo de atenção à saúde, o que implica a formulação e implementação de um novo modelo de atendimento não mais centrado na doença, mas na saúde, e sobretudo não mais hospitalocêntrico (e que havia viabilizado o que se vem denominando de complexo industrial médico-hospitalar). A partir de então, trata-se de envidar esforços e conjugar forças políticas e grupos de interesses no sentido de se efetivar a implementação de um novo sistema de saúde no país que implicaria, por força constitucional, reverter de forma drástica a lógica até então imperante no seu funcionamento, e identificada como fonte de todas as iniquidades e distorções que lhe eram características.

Assim, no imediato pós-88, o debate acerca das políticas de saúde no país não vinha pautado ainda pela questão do lugar ocupado pelo Estado no que diz respeito à responsabilidade pela saúde dos cidadãos, e nesses termos não se colocava a equação menos Estado/mais mercado, mas sim por aquela da inoperância do sistema de saúde então vigente em termos de atender às reais necessidades de saúde dos cidadãos. Em decorrência, estudos e propostas de reorganização desse sistema tendem a eleger como focos principais, de um lado, os mecanismos de financiamento do setor (aí sim, prevalecendo sempre o volume de recursos destinados à saúde, sempre insuficientes, e cada vez mais, à medida em que o país vai experimentando sucessivos planos de estabilização econômica), e de outro, os interesses econô-

micos cristalizados no setor privado prestador de serviços.

No entanto, o que estava em jogo, como aponta Costa (1996), era a opção da reforma sanitária brasileira por uma agenda de inovação “dentro de limites”, definindo “como ‘perversas’ as relações entre a expansão da atenção médica da Previdência Social e o processo de consolidação de uma área privada de atenção médica” (p. 485), o que, por sua vez, se articulava à transformação da crise da previdência social, entendida como um desequilíbrio estrutural desse sistema de proteção social, em agenda pública, fenômeno que data do início dos anos 1980.

A questão, portanto, da privatização da saúde apresentava-se não em termos da contraposição à opção pelo mercado nos moldes atuais, mas sim de um novo modelo assistencial que se pautasse em parâmetros epidemiológicos que incluíssem as condições de vida da população. Como aponta Elias (1996b), a reforma sanitária brasileira traz consigo um traço fundamentalmente racionalizador do sistema de saúde, configurando-se como uma concepção autoritária por nuclear sua atenção na reformulação das instituições governamentais nacionais responsáveis pelas políticas de saúde no país.

É a partir dessa matriz que são formuladas as propostas de descentralização do sistema de saúde, associadas a propostas de participação social como forma de construção de uma agenda pública para o setor, voltada para a ampliação da equidade e da justiça social, lançando-se mão de mecanismos horizontais de controle e avaliação dos serviços. Emergem então a *descentralização*, compreendida pelos “reformistas” como forma mecânica e imediata de democratização do sistema de saúde (não só em termos de gestão por haver maior aproximação entre administração e cidadãos quando se trata de governos locais, mas também — e em consequência — de maior adequação às reais necessidades de saúde da população), e as *formas colegiadas de gestão* como garantia do exercício do controle público sobre a formulação e implementação das políticas de saúde.

No entanto, até então a questão da fonte e da lógica de financiamento do setor não é enfrentada, limitando-se ao diagnóstico da queda constante dos recursos a partir de 1982 até a primeira metade de 1995, com a interrupção do período entre 1987-1991, associada à instabilidade na periodicidade do repasse desses recursos para o setor, o que se verifica nos três níveis de poder. E se nesse processo é possível identificar *grosso modo* dois grandes grupos de interesses atuando politicamente — aquele que representava a defesa dos interesses privados e aquele representado pelos “reformistas” que defendiam o “interesse público” —, não existe dissonância entre a de-

fesa da descentralização da saúde e interesses privados e os novos grupos de interesses emergentes nas esferas subnacionais, que no período da transição democrática beneficiaram-se dos processos incipientes de descentralização do sistema de saúde por receberem recursos do fundo da previdência social para atender nos serviços públicos estaduais e municipais a clientela previdenciária.

Mas se esse fenômeno de ampliação da clientela para os serviços públicos não implica custos fiscais para estados e municípios, pelo menos em tese, sempre que a União cumpra no prazo seus compromissos, ele acabou por introduzir um mecanismo extremamente perverso no interior do próprio setor público: a partir das AIS e do Suds o Governo Federal passa a comprar serviços públicos de saúde daquelas esferas de governo também por produção, tal como historicamente praticado com o setor privado. Estabelece-se, assim, no interior do próprio Estado mecanismos de compra e venda de serviços por produção, tendendo a prevalecer portanto mecanismos de produtividade e não necessariamente de qualidade no interior da própria esfera pública.

Associa-se a isso o fato de que, a partir do final da década de 1980, crescentemente o setor privado da saúde torna-se não só autônomo com relação ao financiamento direto do Estado, por intermédio da compra de seus serviços, como busca novas formas de inserção no mercado potencial de consumo privado que dispensem a intermediação do Estado. É quando começam a emergir com maior fôlego os seguros saúde, no geral vinculados ao sistema financeiro, e se verifica a expansão das cooperativas médicas, para não mencionar a consolidação de instituições de saúde sob o estatuto de fundações.

Nesse sentido, as propostas de reforma do setor da saúde que se verificam a partir de meados da década passada no sentido da descentralização e da constituição de um sistema único de saúde público, ao contrário das demais experiências latino-americanas, encontram sua origem nas formulações e no ideário emanados do grupo dos reformistas. Não obstante, a implementação dessas propostas ocorre em um contexto caracterizado por políticas econômicas inspiradas no modelo tradicional de ajuste estrutural e estabilização econômica, o que na prática lhes imprime um sentido diverso daquele que lhe deu origem. É significativo, por exemplo, que a IX Conferência Nacional de Saúde e documentos do próprio Ministério da Saúde traduzam a preocupação então predominante na primeira metade desta década — a necessidade de se cumprir e fazer cumprir a lei (vale dizer, a Constituição).

Esse processo paradoxal, específico do caso brasileiro, leva a uma tensão entre duas lógicas distintas no processo de descentralização, e que congregam distintas forças políticas presentes na arena decisória: da perspectiva do poder central, em consonância com o modelo econômico que vem sendo adotado, a descentralização do SUS deve ser (e vem sendo) regida pela busca de contenção do gasto público, uma vez que a diminuição do déficit público constitui um dos pilares do modelo econômico; e, da perspectiva dos “reformistas”, o processo de descentralização devendo ser regido (e em alguns casos, sobretudo no nível municipal, isto de certa maneira vem ocorrendo) pela busca da democratização das relações Estado/sociedade, promovendo o exercício do controle público sobre a gestão do setor. Em resumo, enquanto no primeiro caso privilegia-se a dimensão econômica da reforma, no segundo privilegia-se a sua dimensão política.

Dessa forma, as políticas de saúde deste período mais recente configuram uma realidade contraditória, que permite questionar se se trata efetivamente de uma reforma ou de uma contra-reforma do Estado. (Elias, 1997) Isso porque a experiência brasileira não pode ser caracterizada como percorrendo o modelo chileno, tido como paradigmático na América Latina, mas tampouco foge das diretrizes básicas ditadas pelas experiências latino-americanas, guardadas suas especificidades, orientadas fundamentalmente pelas agências financeiras internacionais.

Senão, vejamos. A implantação do processo de descentralização do SUS como componente fundamental de constituição desse novo sistema de saúde vem ocorrendo sem que se redefinam as bases de financiamento do setor, que continuam centralizadas, e portanto à mercê da disponibilidade de recursos passíveis de serem destinados à saúde, sempre ditadas pelos parâmetros das políticas econômicas. É significativo, neste caso, a conjunção entre a continuidade do subsídio ao setor privado produtor de serviços de saúde por meio da renúncia fiscal e a instituição de uma nova fonte de recursos, sob a forma de um novo imposto, o CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), instituído em outubro de 1996, com vigência por um período de treze meses.

A essa restrição dos limites dados ao processo de descentralização — que se traduzirão, como se verá adiante, em formas de regulamentação das atribuições estaduais e municipais vinculadas ao repasse de recursos nacionais para essas esferas subnacionais —, associa-se o legado da indefinição constitucional das atribuições de responsabilidade de cada esfera de poder no que diz respeito ao dever do Estado em prover o direito à saúde dos cidadãos, o que aliás não é exclusivo deste setor. Assim, a descentrali-

zação do SUS vem enfrentando disputas entre as esferas subnacionais por disponibilidades de recursos, configurando-se um pacto federativo em que os entes federados tornam-se competidores entre si. Em consequência, assume especial importância no debate político a insuficiência de recursos para o setor — em detrimento do debate mais de fundo sobre a natureza da lógica de seu financiamento — intrinsecamente iníqua.

Da mesma forma, diante da identificada escassez de recursos para o setor e da instabilidade de suas fontes e da garantia da periodicidade regular de repasses para as esferas estaduais e municipais, em um contexto de aguda crise fiscal dos estados e municípios, o nível local vem se constituindo em um grande laboratório (até pela enorme diversidade do país) de novas experiências de gestão dos sistemas de saúde, seja do ponto de vista da relação Estado/sociedade, seja do ponto de vista da relação Estado/mercado, e neste aspecto em particular configurando-se uma multiplicidade de experiências distintas de *mix* público/privado na provisão e produção de serviços de saúde.

Nesse particular, ganha relevo um aspecto da reforma do Estado que vem sendo implementada na saúde, e que a valorização da descentralização como um bem em si vem deixando para a parte escura do cenário político, e que consiste na constituição de uma nova articulação que vem ocorrendo na prática (e portanto mitigando o ônus político da sua formulação clara e explícita na agenda pública) entre os principais âmbitos de produção do bem estar social — a família, o mercado e o Estado, implicando uma profunda reestruturação da matriz básica do *público* e a constituição dos serviços sociais em um âmbito direto de acumulação de capital. (Laurell, 1997)

Esse processo de reestruturação do *público*, por sua vez, vem encontrando um terreno fértil para sua consolidação no debate político, norteados pelo predomínio da pauta sobre o tamanho desproporcional e da ineficiência das instituições públicas, o que justificaria introduzir as forças do mercado no setor da saúde. E aqui cabe uma nota: para o caso da saúde em particular, não se apresenta com tanto vigor como para o restante dos demais setores sociais a questão do “inchaço” do aparelho estatal; aliás, o índice brasileiro de funcionários públicos do poder central por mil habitantes é bastante inferior à média de alguns países europeus, dentre eles Inglaterra, Itália, Espanha e França. (Andrade e Jaccoud, 1993) O que se discute, isto sim, é qual deveria ser o “tamanho” do Ministério da Saúde uma vez esvaziado de suas atribuições atuais quando se houver realmente efetivado o processo de descentralização do SUS, cabendo-lhe a partir de então basicamente a função de normatização.

Dessa forma, o que se encontra no centro da agenda pública atualmente é a definição das atribuições do Estado, em uma sociedade em que pelo menos 1/3 da população vive em situação de pobreza e miséria absoluta, na garantia de determinados patamares de acesso a serviços de saúde. E neste ponto, a tendência atual das reformas do sistema de saúde brasileiro não foge à regra daquelas evidenciadas nos demais países latino-americanos.

Essa tendência vem se conformando desde 1991, quando o Ministério da Saúde edita a Norma Operacional Básica NOB-SUS/91, sucedida de outras duas — NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS/96. Por intermédio desse instrumento, que define progressivamente distintos graus de autonomia dos níveis estadual e municipal, frente ao poder central, e normatiza critérios e exigências para repasses de recursos federais para aquelas esferas de poder, cristaliza-se a tendência de um modelo residual do SUS, mantendo-se instáveis e indefinidas as fontes de recursos para financiamento do setor. A última delas — NOB-SUS/96 — institui duas condições básicas de gestão municipal: a Gestão Plena do Sistema Municipal, que propicia ao gestor municipal a responsabilidade pela elaboração de toda a programação da política local de saúde — e que portanto são poucos os municípios que podem postular essa condição, uma vez que ela pressupõe presença de equipamentos de saúde de certa complexidade, recursos fiscais próprios, capacidade técnica de gestão e monitoramento dos serviços prestados e disponibilidade de recursos humanos especializados na área —, e a Gestão Plena da Atenção Básica, restrita a um pacote básico da saúde financiado por um valor fixo *per capita* a ser repassado pelo nível federal para a esfera municipal. (Pugin e Nascimento, 1996)

Mas se com a NOB-SUS/96 entende-se que houve avanços no que diz respeito à relação nível nacional/nível local, quando estes deixam de ser meros prestadores de serviços para o nível central naqueles casos em que os Municípios têm porte suficiente para assumirem a Gestão Plena do Sistema Municipal, dada a realidade brasileira, a grande maioria deles estará condenada a gerir somente o sistema básico de saúde, o que de fato possibilita ao nível central definir de forma mais precisa e restritiva o volume de recursos disponíveis para serem alocados na função saúde. Enquanto para 1998 a meta é a habilitação de 3.300 municípios, “os mais carentes do Brasil”, para a Gestão do Atendimento Básico, para o caso da Gestão Plena do Sistema Municipal ela é definida em 700 municípios de médio e grande portes. (Presidência da República, 1997)

Paralelamente, são formulados dois programas especialmente voltados para as regiões e os segmentos mais pobres da população: o Programa de

Saúde da Família, atuando hoje em 700 municípios, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, presente hoje em 1.464 municípios. Trata-se da formulação de programas restritos a prover um pacote mínimo de ações básicas de saúde, e, no caso deste último, recrutando profissionais leigos para desenvolver ações que em grande medida substituem a falta de acesso aos serviços de saúde pela não disponibilidade dos mesmos. Dessa forma, como afirma Laurell (1997) ao analisar a política social neoliberal, e mais particularmente no setor da saúde, a partir do documento *Invertir en salud* elaborado em 1993 pelo Banco Mundial, “o Estado teria, complementarmente, a tarefa de prover os recursos públicos, segundo critérios de eficiência técnica e instrumental, para o financiamento dos chamados ‘bens públicos’ ou com grandes externalidades e das ações de baixo custo, focalizadas nos pobres e proporcionadas por um esquema descentralizado. As ações de saúde para os pobres se justificariam porque sua falta de recursos econômicos lhes impede de satisfazer suas necessidades de saúde no mercado. Não obstante, só deveriam ter acesso a um conjunto mínimo de ações essenciais de saúde” (p. 8).

No outro extremo localizam-se as ações de saúde mais complexas, que incorporam maior densidade tecnológica, produzidas pelo setor privado (lucrativo e não lucrativo) de serviços de saúde e por unidades hospitalares públicas, boa parte delas hospitais universitários. Neste conjunto, composto por vários sub-sistemas, a modalidade de financiamento que prevalece na relação entre as três esferas de governo e entre o nível central e o setor privado continua sendo por meio do estabelecimento de convênios, que implica o pagamento por serviços prestados. Este fato merece que se assinala que embora o Inamps, responsável pela assistência médica previdenciária e em um primeiro momento vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e, posteriormente, incorporado ao Ministério da Saúde, tenha sido extinto em meados de 1993, na realidade a lógica de seu funcionamento persiste até o presente momento, agora implementada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) no interior do Ministério da Saúde.

Assim, uma vez mais verifica-se que, em que pesem mudanças institucionais e reestruturação do aparelho estatal, estas estão longe de se traduzirem em uma efetiva reforma do Estado que signifique uma redefinição do seu lugar na provisão e produção dos serviços de saúde que garantam o “direito à saúde como dever do Estado”, tal como presente no atual texto constitucional, restringindo-se muito mais a reformas administrativas, que não quebram a lógica que vem regendo as políticas de saúde no país.

Concomitantemente, no entanto, evidencia-se um processo de

mercantilização da gestão do financiamento e da prestação dos serviços de saúde, não só conformando a representação social da concepção da saúde como responsabilidade privada dos indivíduos, que para tanto devem aderir a formas de pré-pagamento que garantam seu acesso ao mercado de serviços (Laurell, 1997), como também instituindo novas formas de gestão no setor público prestador de serviços de saúde que implicam, por meio de um processo de flexibilização, a incorporação da racionalidade privada pelo próprio setor público prestador de serviços de saúde. Constituem exemplos deste último aspecto, e que se traduzem no traço de maior impacto de reformulação do *público* a que anteriormente se fez referência, a modalidade de gestão cooperada dos serviços públicos municipais de saúde na cidade de São Paulo — o PAS, Plano de Atenção à Saúde —, a privatização de parcela de leitos hospitalares de hospitais públicos com o objetivo de promover “subsídios cruzados” que representariam uma fonte alternativa de recursos para financiamento da instituição, a remuneração diferenciada de determinados profissionais vinculados a hospitais, dentre outros.

Com isso, em que pese o caso brasileiro ser interpretado na América Latina como aquele que mais avançou nas reformas do setor da saúde inspiradas pela defesa do “interesse público”, apresentando nesse sentido um traço progressista, as reestruturações pelas quais o setor da saúde vem passando na atual conjuntura configuram o que Elias denomina de uma “reforma derivada”, no sentido de ditada pelos constrangimentos representados pelo modelo econômico adotado, e que lhes imprime o sentido comum presente nos processos de reforma dos sistemas de saúde latino-americanos, dentre os quais o caso chileno é paradigmático.

No que diz respeito à relação Estado/Sociedade, cabe ressaltar que embora a partir de meados da década de 1980 tenham sido instituídos nos três níveis de governo Conselhos Gestores que congregam representantes do Estado e da sociedade, a maior parte deles com caráter deliberativo, de fato eles não vêm se constituindo em espaços efetivos de negociação política dos diferentes interesses em jogo, dada sua estreita articulação com os Executivos nacional, estadual e municipal. Nesse sentido, apesar da grande variedade das experiências locais de gestão dos sistemas municipais de saúde, no seu conjunto elas não vêm se traduzindo em significativos avanços no que diz respeito à maior permeabilidade do Estado às demandas e necessidades sociais.

Finalmente, com relação à questão da equidade e da justiça social, cabe referir que um projeto de Reforma do Estado na área da saúde que respeite aqueles princípios demanda que sua formulação esteja vinculada a um novo

pacto de justiça distributiva. Nesse sentido, as propostas de reforma do sistema de proteção social brasileiro ora em debate e em tramitação no Legislativo, ao desvincularem saúde da previdência e da assistência social, os três componentes do Capítulo da Seguridade Social no atual texto constitucional, representam um golpe de morte na possibilidade de reversão do modelo atualmente prevalecente. Não só a atual proposta governamental de derrubar o item da Lei de Diretrizes Orçamentárias que impede a redução dos gastos *per capita* com a função Saúde no ano de 1998 em comparação com o exercício anterior, sob a alegação de que não se pode determinar despesas sem previsão da receita, expressa isso de forma contundente, como os regimes internacionais de bem-estar social efetivamente redistributivos, formulados e construídos sob a liderança dos partidos social-democratas, atestam a necessidade de terem como pilar de sustentação recursos fiscais do Estado. E aqui não se trata do volume de recursos envolvidos para o financiamento da saúde, mas sim da lógica distributiva que o rege.

No entanto, como esse continua sendo um tema que vem sendo equacionado em termos meramente econométricos, reduzindo-se a questão do financiamento das políticas sociais a uma questão contábil, de "caixa", tudo indica que o destino da Reforma do Estado no setor está fadado a configurar o SUS como um sistema de modelo predominantemente residual prevalecendo para os demais segmentos sociais, que não os pobres e os excluídos do mercado de trabalho, um mercado privado de seguros e serviços de saúde.

Abstract

This article discusses the model and the consequences of the health system decentralization which has been implanted in Brazil in the last decade as a part of the State Reform. Considering the specificities of the relation between society and state in peripheral countries and, specifically in Latin America, the article analyses the Brazilian case, arguing the necessity to take into account not only econometric data but also the principles of equity and social justice.

Resumé

L'article discute le modèle et les conséquences de la décentralisation du système de santé implanté au Brésil dans la dernière décennie dans le cadre des réformes de l'Etat. A partir des réflexions sur la spécificité des rapports entre la société et l'Etat dans les pays périphériques, et spécialement dans l'Amérique Latine, l'article analyse le cas brésilien, prônant le besoin de prendre en compte non seulement les données économétriques mais aussi les principes d'équité et de justice sociale.

Referências bibliográficas

- Andrade, Regis de Castro e Jaccoud, Luciana (orgs.). (1993) *Estrutura e organização do Poder Executivo — Administração Pública Brasileira*. Distrito Federal: Enap/SAF, 2 volumes.
- Costa, Nilson do Rosário. (1996) "Inovação Política, Distributivismo e Crise: a Política de Saúde nos Anos 80 e 90", in *Dados — Revista de Ciências Sociais*, vol. 39, nº 3: 479-512.
- Elias, Paulo Eduardo. (1996 a) "Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil". In: Cohn, Amélia e Elias, Paulo Eduardo, *Saúde no Brasil — Políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez Editora/Cedec.
- _____. (1996 b) *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e política*. Tese de Doutorado, FMUSP. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (no prelo).
- _____. (1997) *Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil*. Trabalho apresentado no IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México, 28 p. (mimeo).
- Evans, Peter. (1993) "O Estado como problema e solução". *Lua Nova*, São Paulo: Cedec, nº 28/29: 107-156.
- Laurell, Asa Cristina. (1995) "Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo", in Laurell, Asa Cristina, *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*, São Paulo: Cortez Editora/Cedec.

- Laurell, Asa Cristina. (1997) *La política de salud en el contexto de las políticas sociales*. Trabalho apresentado no IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México, 23 p. (mimeo).
- Lechner, Norbert. (1993) "Estado, mercado e desenvolvimento na América Latina", *Lua Nova*, São Paulo: Cedec, nº 28/29: 237-240.
- Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social. (1997). *Brasil real*, abril.
- Pugin, Simone R. e Nascimento, Vania B. do. (1996) *Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)* São Paulo: Cedec, (Série Didática, nº 1).
- Tavares, Maria da Conceição. (1993) "As políticas de ajuste no Brasil: os limites da resistência". In: Tavares, Maria da Conceição e Fiori, José Luis. *Desajuste global e modernização conservadora*. São Paulo: Paz e Terra.