

SAU 362

ex 2



SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO

Solon Magalhães Vianna

Setembro, 1986
Brasília, DF



"A chave para a descentralização do poder político, hoje, é a ação local. O poder não é delegado do nível federal aos níveis estadual e municipal ou de bairro. Ao contrário, ele se origina da iniciativa tomada pelo estado ou pelo bairro na ausência de uma solução de cima para baixo... O poder conferido do alto pode ser retirado se mudarem as prioridades do doador. As iniciativas produzidas pelo trabalho árduo em nível local tem o poder de serem duradouras".

John Naisbitt, Megatrends.

SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO

- 1 - Introdução
- 2 - O papel do Município
 - 2.1 - A POSIÇÃO DO GOVERNO
 - 2.2 - AS CONCLUSÕES DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE-VIII CNS
- 3 - Gradualismo ou choque heterodoxo
 - 3.1 - APRENDENDO COM O PASSADO
 - 3.2 - AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE - AIS
- 4 - Pontos obscuros
 - 4.1 - QUEM COMBATERÁ AS ENDEMIAS?
 - 4.2 - A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS
 - 4.3 - O RELACIONAMENTO COM O SETOR PRIVADO
 - 4.4 - O FINANCIAMENTO
- 5 - O que desburocratizar no curto prazo: alguns exemplos
 - 5.1 - OS TRÂMITES DOS REPASSES
 - 5.2 - O ACESSO AO ATENDIMENTO
 - 5.2.1 - Como simplificar a vida do usuário
 - 5.2.2 - O fim do "apartheid"
- 6 - Descentralização e controle social
- 7 - Considerações finais

SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO*

Solon Magalhães Vianna**



1. Introdução

O debate sobre a construção de um novo sistema nacional de saúde, traz inevitavelmente a tona, divergências e consensos.

Não contencioso estão, entre outras questões, a velha rixa entre defensores e adversários da estatização do sistema. No mesmo elenco de discordâncias tem destaque a proposta de fusão dos diferentes órgãos federais que atuam no campo da saúde.

Todos, entretanto concordam, por exemplo, em universalizar os serviços de saúde, ampliar a sua oferta nas áreas de maior déficit e reduzir as desigualdades de acesso.

Da mesma forma existe unanimidade sobre a necessidade de descentralizar e desburocratizar o componente público do sistema de saúde.

O litígio reaparece, porém, quando se procura determinar os limites da desburocratização e da descentralização, ou quando se busca definir a estratégia para o alcance desses objetivos.

No caso da desburocratização nem sempre é possível obter concessões dos controladores compulsivos. Com a descentralização não é diferente. Não são poucos os que entendem que descentralização significa conceder mais autoridade e autonomia aos órgãos federais locais. Em outro extremo, entrincheiram-se os defensores de menos governo e mais iniciativa privada.

* As opiniões expressas neste documento refletem a posição do autor, não sendo, necessariamente, no todo ou em parte, endossadas pela instituição à qual está vinculado.

** Livre Docente. Coordenador de Saúde e Previdência Social do IPEA. Representante da SEPLAN na Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Entre essas duas posições prolifera a defesa de uma ampla desfederalização dos serviços de saúde de natureza local.⁽¹³⁾

Mas, mesmo entre os descentralizadores permanece um conflito ainda não arbitrado. Os que defendem o tratamento de choque confrontam-se com prudentes gradualistas. Os municipalistas ortodoxos encontram-se em rota de colisão com os que procuram restringir o papel do município à prestação de serviços básicos de saúde, deixando para outros níveis de governo as práticas mais especializadas.

Alguns pontos obscuros comuns às diferentes concepções de descentralização, os caminhos para alcançá-la e os obstáculos presentes, são discutidos neste documento que aborda ainda exemplos do que se pode fazer para desburocratizar os serviços de saúde e facilitar o acesso de seus usuários.

2. O papel do município

2.1- A POSIÇÃO DO GOVERNO

O I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND-NR) não poderia ser mais enfático quanto aos propósitos dos centralizadores do Governo.

Reconhecendo a necessidade do "reordenamento do sistema", incluindo a redefinição "das funções e recursos dos diferentes níveis de governo"⁽³⁾, o I PND-NR confere inequívoca prioridade às "iniciativas estaduais e municipais" na expansão dos serviços. Dessa forma, pretende evitar paralelismos, superposições e a "ampliação da atuação federal direta na prestação de serviços de natureza local ou regional".⁽³⁾

O Governo portanto abriu o jogo e fez o primeiro lance. Com isso comprometeu-se política e irremediavelmente com a descentralização. E mais: estimulou o debate ao convocar a VIII Conferência Nacional de Saúde- VIII CNS, incluindo entre os temas centrais do evento a reformulação do Sistema Nacional de Saúde-SNS.

2.2- AS CONCLUSÕES DA VIII CNS

Considerada, nas palavras do Presidente da República, como a "pré-constituente da saúde", a VIII CNS posicionou-se favorável à descentralização.

A transferência para os estados e municípios de "todos os serviços federais de caráter local que tenham relações diretas com o atendimento da população" está entre as recomendações aprovadas. (5)

Em princípio, os estados serão responsáveis pelas ações de abrangência estadual e regional, e por outros programas, projetos ou atividades que não possam - por seu custo, especialização ou grau de complexidade - ser executados pelos municípios.

"O nível municipal terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde". (5)

Os municípios de grande porte todavia terão a seu cargo a administração integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles municípios em que não houver condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal, esta será realizada conjuntamente pelo município e secretaria de saúde da unidade federada. (5)

3. Gradualismo ou choque heterodoxo

3.1- APRENDENDO COM O PASSADO

Para os mais cautelosos, assunto de tal magnitude e complexidade deveria ser conduzido por etapas graduais, ainda que irreversíveis. A experiência nacional em assuntos dessa natureza, paradoxalmente, sugere conduta oposta. Na área social há exemplos recentes de terapias radicais bem sucedidas.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS em 1966, extinguindo todos os institutos de previdência então existentes, talvez não se efetivasse se fosse obedecer a etapas. O mesmo pode-se dizer da instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS dez anos depois, quando surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, unificando todos os serviços médicos previdenciários antes subordinados ao INPS, Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural-FUNRURAL, Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado-IPASE e Legião Brasileira de Assistência-LBA.

Muito mais próximo, como paradigma de tratamento de choque, está o Plano de Estabilização Econômica. Mas este, face às suas singularidades, não poderia ser gradual; nem, muito menos, participativo.

Para outras temáticas, entretanto, a saudável conjuntura política vivida no país abomina a elaboração, nos gabinetes fechados de Brasília, de projetos de impacto que são, posteriormente, empurrados garganta abaixo da sociedade, no melhor estilo do "ancien régime".

O choque heterodoxo para o que se convencionou chamar de Reforma Sanitária Brasileira apresenta pelo menos duas diferenças fundamentais em relação ao Plano Cruzado.

Primeiro, a reforma pode e deve ser ampla e previamente debatida pela sociedade. A VIII CNS marcou o início desse debate que permeará a Constituinte.

Segundo, as peculiaridades da reforma e a heterogeneidade do país exigem que temas como o da descentralização obedeçam, em sua implementação, a ritmos próprios em cada região ou localidade. Mesmo os municipalistas mais convictos reconhecem que alguns municípios não têm condições imediatas de assumir responsabilidades integrais na gestão dos serviços de saúde. O gradualismo, portanto, pode ser a tônica.

Mudanças não acontecem da noite para o dia só porque determinadas no Diário Oficial. Entre o formal e o real nem sempre a distância é curta e sem obstáculos.

3.2- AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE-AIS

As Ações Integradas de Saúde-AIS têm se constituído, a partir de sua criação em 1983, no principal instrumento estratégico de coordenação das instituições públicas do setor^(*).

Implementada em todas as unidades da federação e em mais de mil municípios, essa estratégia vem promovendo, através de órgãos colegiados (CIS, CRIS, CLIS)^(**) nos níveis estadual, regional e local, a articulação entre parceiros que até então pouco se entendiam. Ou só o faziam episodicamente e nem sempre no essencial.

Como mecanismo para elaboração de programação integrada que preserva a autonomia administrativa de cada órgão, as AIS representam uma solução inteligente. Como instrumento de descentralização entretanto, tem limitações inerentes a sua própria concepção inicial.

Os colegiados - CIS, CRIS, CLIS -, não são compostos por parceiros iguais: o INAMPS detendo a maior parte dos recursos financeiros, é hegemônico. Como tal, exerce certa ingerência nas Secretarias de Saúde-SES e Prefeituras Municipais-PMs desde que os repasses dos recursos a esses órgãos estão condicionados a padrões de produtividade controlados pelo órgão repassador.

Em contrapartida preserva sua autonomia nas suas relações com o setor médico-hospitalar privado. Inobstante a crise permanente que as envolve, essas relações estruturam um esquema de poder político que nenhuma burocracia tende a compartilhar.

(*) Ministério da Saúde-MS, Ministério da Previdência e Assistência Social/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - MPAS/ INAMPS, Ministério da Educação-MEC, Secretarias Estaduais de Saúde-SES e Prefeituras Municipais-PM.

(**) Comissão Interinstitucional de Saúde, Comissão Regional Interinstitucional de Saúde e Comissão Local Interinstitucional de Saúde.

As SES estaduais e municipais e o próprio MS, por sua vez, tem permanecido confortavelmente distantes de responsabilidades sobre a insatisfação dos consumidores e produtores (empresas médicas e de profissionais credenciados) provocada pelas filas e má qualidade do atendimento previdenciário no primeiro caso, e das cíclicas reivindicações quanto a reajustes de honorários e de taxas de serviços hospitalares, no segundo⁽¹²⁾.

Em um sistema de saúde efetivamente integrado e descentralizado, essas questões seriam de exclusiva responsabilidade da autoridade local ou estadual.

Na prática portanto, embora a coordenação das CIS e CLIS caiba ao Secretário de Saúde, a condução da política estadual ou municipal de saúde tem ainda alta dose de formalismo, dada a estrutura desigual de distribuição do poder entre as partes⁽¹²⁾.

De qualquer forma, as AIS constituem uma etapa importante na busca de um sistema de saúde universal, equânime, eficiente e descentralizado. Representam, por isso, um avanço concreto e inquestionável em relação ao passado recente. Foi a partir de sua implantação que o governo federal, principalmente através do INAMPS, passou a transferir mais recursos para os estados e municípios. E mais: Paralelismos e duplicações passaram a ser minimizados, reduzindo-se as áreas de atrito entre instituições que, a despeito de perseguirem os mesmos objetivos estavam habituadas a fazê-lo de forma isolada.

4. Pontos obscuros

Enfático no compromisso com a descentralização mas deliberadamente ambíguo na fixação dos seus limites, o I PND-NR permite pelo menos duas leituras da posição do Governo.

Na primeira, o sistema de saúde teria sua expansão concretizada em decorrência de projetos estaduais e municipais. Essa alternativa significa o congelamento dos serviços federais nos níveis quantitativos atuais, conforme - diga-se de passagem - sugerido em estudos que antecederam à Nova República⁽⁸⁾.

Uma segunda interpretação não veda a expansão federal, já que o PND registra apenas a prioridade - e não exclusividade - aos serviços estaduais e municipais (*).

Qualquer dos entendimentos faculta ao Governo operar serviços caracteristicamente locais como os da Fundação Serviços de Saúde Pública-FSESP da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública-SUCAM e os da rede própria do INAMPS.

Ainda que mais explícita quanto a esses aspectos, a VIII CNS não chega a responder a todas as perguntas. As implicações da transferência para os estados e municípios "de todos os serviços federais de caráter local⁽⁵⁾ com os respectivos recursos humanos e financeiros", não estão identificadas na sua totalidade. Essa proposição envolve, entre outros aspectos, um contencioso onde estão presentes atores institucionais de destaque como a SUCAM, a FSESP e o INAMPS, e temas como a política de recursos humanos, o relacionamento entre os setores público e privado e a questão do financiamento.

4.1- QUEM COMBATERÁ AS ENDEMIAS?

O controle de vetores, atividade nuclear no combate às grandes endemias, surge à primeira vista como sendo municipalizável. Essa opção, porém, acarreta dificuldades quando for necessário - e frequentemente é - a ação coordenada de mais de um município em esforço comum. O combate ao Aedes aegypti, para citar um exemplo atual, seria uma dessas situações.

Outra alternativa descentralizadora é a "estadualização" do controle das endemias como ocorre em São Paulo. Nesse estado, essa atividade é de responsabilidade da Superintendência Estadual de Companhias de Saúde Pública-SUCEM, órgão da Secretaria Estadual de Saúde.

(*) Este documento já estava concluído quando foi divulgado o Plano de Metas do Governo (1986-1989), o qual refere-se expressamente à "construção, reforma e reequipamento das unidades sanitárias das redes estaduais e municipais, preservando-se na área federal as iniciativas já em andamento, expandindo-se apenas àqueles serviços que vierem a ser definidos como de sua competência".

Não são poucos, todavia, os defensores da permanência do MS, através da SUCAM, nesse campo. A favor do status quo estão a tradição nacional na área e a atual realidade do combate a essas doenças. O recrudescimento de problemas aparentemente sob controle no passado reitera, segundo essa ótica, a exigência de uma atuação vertical com comando central claramente definido. Mas até que ponto a manutenção em níveis elevados, ou mesmo, a reintensificação de algumas endemias no quadro sanitário nacional, não representa o fracasso da atuação verticalizada?

4.2- A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Não se construirá um sistema de saúde superior ao atual sem uma política de recursos humanos séria e competente.

Adequar o ritmo de formação da força de trabalho às possibilidades de absorção em um mercado crescentemente institucional não é tarefa fácil. Até porque encerra contradições incontornáveis em seu bojo.

Compatibilizar o perfil da mão-de-obra com os requerimentos do novo sistema é outra batalha, cuja primeira fase é vencer a histórica desarticulação entre a universidade e os serviços.

Redistribuir profissionais e auxiliares, hoje concentrados nos grandes centros urbanos, para áreas desassistidas é entrave adicional ainda não removido. Mesmo que a solução definitiva esteja associada ao desenvolvimento sócio-econômico das regiões mais carentes, um sistema de saúde descentralizado pode minimizar o problema com estratégias próprias. O governo do estado de São Paulo, por exemplo, está conseguindo fixar médicos em municípios que não contavam com esse profissional, simplesmente entregando ao prefeito a prerrogativa de nomear o profissional. O governo estadual apenas paga a folha de salários.

Planos de cargos e salários que combinem o atendimento das justas reivindicações corporativas com o interesse público, talvez sejam desafio ainda maior.

O movimento pela isonomia salarial entre União, estados e municípios, a exemplo do que já ocorre nas universidades, começa a tomar corpo na área da saúde. O Relatório Final da VIII CNS é objetivo a respeito⁽⁵⁾.

Este movimento tornar-se-á irresistível, se e tão logo acontecer a absorção pelos estados e municípios da força de trabalho federal da área da saúde; ou mesmo antes, com a implementação das AIS. A argumentação é poderosa: não há como justificar, em um mesmo sistema, salários diferentes para funções iguais. Como é óbvio, o nivelamento teria que ser feito por cima, tomando os salários do INAMPS como parâmetro.

A isonomia salarial elimina uma discriminação insustentável. Negociá-la, abre espaço para um novo pacto entre profissionais de saúde, governo e sociedade que assegure condições de trabalho adequadas e melhorias qualitativas na prestação de serviços.

Mas, por outro lado, a isonomia não encerra uma contradição com a essência ideológica da proposta descentralizadora? Até que ponto questões como a salarial devem ser resolvidas de cima para baixo? Ou, ao contrário, cada subsistema estadual e municipal deve encontrar autonomamente suas próprias soluções?

4.3- O RELACIONAMENTO COM O SETOR PRIVADO

Mais de 80% das hospitalizações e perto da metade das consultas médicas custeadas pela previdência social são prestadas por entidades de direito privado e profissionais autônomos.

O relacionamento entre INAMPS e prestadores privados tem sido repleto de recriminações mútuas. O primeiro queixa-se de fraudes; os produtores contra-atacam, brandindo uma tabela de preços de serviços médicos fixada unilateralmente pelo comprador em valores insatisfatórios. Como administrar o conflito em um sistema de saúde descentralizado?

Uma possibilidade é permitir que cada estado e município encontre a solução adequada às suas peculiaridades. Outra, é atribuir ao Governo Federal a "regulamentação das normas de relacionamento" (5) entre vendedores privados e compradores oficiais. O grau de liberdade de cada subsistema de saúde nesse assunto dependerá da maior ou menor rigidez das normas federais. Essas, tanto poderão ser rígidas, fixando preços e centralizando os controles nos computadores da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social-DATAPREV, como poderão limitar-se a regras gerais que impeçam que a maior ou menor privatização do sistema, decidida ao nível de cada comunidade, colida com os princípios de universalização e equidade no acesso aos serviços.

Esta, como tantas outras, é uma questão política. Uma das duas possibilidades extremas mencionadas ou uma posição intermediária, dependerá do grau de descentralização que for decidido pela sociedade para o sistema de saúde. No meio, mais uma vez, estaria a virtude.

4.4- O FINANCIAMENTO

Com a opção política por um sistema nacional de saúde integrado por subsistemas estaduais e municipais autônomos, a forma atual de financiamento terá que sofrer alterações profundas.

Sem reformas constitucional e tributária que fixe encargos e, em igual proporção, assegure recursos aos governos estaduais e municipais, dificilmente poder-se-á falar em descentralização. Muito menos em autonomia.

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS é responsável por cerca de 80% (*) do gasto público federal com a função saúde. Mantidos os atuais planos de benefícios e sua estrutura de custeio, dificilmente a previdência poderá continuar por muito tempo como fonte federal hegemônica de financiamento dos serviços de saúde, como tem sido até hoje.

(*) 50% do gasto público total se incluídas as despesas dos estados e municípios com serviços de saúde.

A pressão sobre suas prestações financeiras - pensões e aposentadorias principalmente - tende a crescer, tanto em razão do aumento da expectativa de vida da população como pela necessidade social de elevar o valor monetário desses benefícios.

Ademais, a regressividade da fonte de recursos do SINPAS e sua vinculação à folha de salários, penalizando os contribuintes de menor renda e as empresas pequenas e médias que geram mais empregos, fazem com que mudanças nessa área não possam ser adiadas indefinidamente.

O que e como mudar ainda não está definido. Algumas sugestões técnicas estão sendo geradas. Falta, porém, que trabalhadores, empresários e governo se ponham de acordo.

5. O que desburocratizar no curto prazo: alguns exemplos

5.1- OS TRÂMITES DOS REPASSES

A transferência de recursos do centro para a periferia terá que ser agilizada, ao mesmo tempo em que se eliminam vinculações e compromissos, de modo que as aplicações obedeçam a prioridades eleitas localmente.

As alocações do Fundo de Investimento Social-FINSOCIAL, envolvem participação de pelo menos meia dúzia de instâncias burocráticas distintas, antes que os recursos cheguem ao Ministério da Saúde. Daí até o beneficiário final podem percorrer outra trajetória tão ou mais "kafkaniana".

Estados e municípios contam hoje com pelo menos 6 "fontes" federais diferentes de financiamento: MS, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social-BNDES (FINSOCIAL), Caixa Econômica Federal-CEF (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS) INAMPS, Secretaria de Planejamento da Presidência da República-SEPLAN e Secretaria de Ação Comunitária-SEAC, também da Presidência da República. Esse cipoal de siglas atua na maioria das vezes de forma autônoma, portanto desarticulada, quando não conflitante.

Na Secretaria de Saúde Minas Gerais algumas dessas fontes, embora representem não mais que 1/3 do orçamento da administração direta, implicam 35 convênios diferentes, os quais geram mais de 600 contas bancárias. Para não mencionar os relatórios, informes e controles formais diversos, cuja elaboração absorve os melhores quadros do órgão, tornando a Secretaria "quase que inadmissível" (7).

Fundir, sob o comando do ministério setorial responsável pela política de saúde, todos os recursos federais para o setor, parece solução óbvia. Repetir essa integração nos níveis estadual e municipal soa com a mesma lógica. O problema está em vencer a resistência fortemente cristalizada das burocracias que seriam afetadas pela perda de poder. Mas essa também é, antes de tudo, uma questão de vontade política.

5.2- O ACESSO AO ATENDIMENTO

5.2.1- Como simplificar a vida do usuário

Todas essas medidas, embora acabem por beneficiar o usuário dos serviços de saúde - e esse deve ser o seu objetivo maior -, nem sempre são percebidas pelo destinatário final. O paciente, é normalmente mais sensível às ações simples e concretas, cujo impacto lhe seja perceptível.

Ocorre porém que os "partidos políticos e as elites, como um todo, sempre se esmeraram nas grandes questões institucionais. Os grandes conflitos e teses têm entre esses setores um carisma especial. Por outro lado, o dia-a-dia da vida real não recebe a atenção devida" (9).

O sistema de saúde tem espaço amplo para inúmeras inovações práticas, quase prosaicas, para seu cotidiano. Uma delas é o agendamento de consultas com hora marcada por telefone. As vantagens para o usuário são mais que evidentes.

Além do aumento do conforto, eliminando filas que começam de madrugada, a medida introduz um fator de controle sobre o trabalho médico e contribui para aperfeiçoar a qualidade do atendimento.

Quando todos os pacientes são marcados para o início do expediente, como é de praxe hoje, institui-se um estímulo às consultas sumárias. O profissional, cumprindo rapidamente sua cota de atendimentos, fica liberado mais cedo. Não é por outra razão que os ambulatórios oficiais ficam ociosos ou semi-ociosos depois das 10 e das 16 horas.

Por que não enviar pelo correio os resultados dos exames de laboratório? Uma pequena despesa adicional para o Governo, mas um ônus muito menor para o contribuinte em termos de gastos com transporte, horas de trabalho perdidas e desconforto.

5.2.2- O fim do "apartheid"

Um sistema de saúde que se pretende universal e igualitário, não pode manter qualquer discriminação entre categorias sociais.

Abolir a discriminação não decorre apenas da necessidade de desburocratizar. É muito mais: é o reconhecimento de que o acesso aos serviços de saúde é um direito do cidadão. Cabe ao Estado garantir esse direito.

Nesse sentido, há avanços recentes significativos. A partir de junho último a assistência médica devida a população rural passou a ser prestada nos mesmos moldes que já vinha sendo oferecida aos previdenciários urbanos.

A despeito dessa conquista, o sistema de saúde ainda mantém características de exclusão. Os "não previdenciários" continuam, no campo da assistência médico-hospitalar, como cidadãos de segunda classe. O compromisso formal do governo é eliminar, até o final da década, essa discriminação.

6. Descentralização e controle social

O Superintendente do INAMPS do Rio de Janeiro prometeu em 1985 "colocar o nome e o horário de trabalho de cada médico nos ambulatórios para que a comunidade pudesse melhor controlá-los. Recebeu como resposta um "telegrama do Conselho Regional de Medicina acusando-o de querer indispor a classe com a opinião pública"⁽¹⁰⁾.

Possivelmente mensagem similar seria recebida por quem determinasse que todos os funcionários dos serviços de saúde em contato com o público, usassem crachá de identificação. O paciente tem o direito de saber se a "enfermeira" que lhe presta cuidados é profissional de nível superior, auxiliar de enfermagem ou simples atendente. O mesmo "direito a identificação" se aplica também à situação, bastante comum em hospitais de grande porte, onde médicos especialistas se confundem com aprendizes (residentes ou acadêmicos) sem que o usuário saiba quem é quem.

Em Nova Iguaçu, cidade a 30 km do Rio de Janeiro, com mais de 1 milhão de habitantes, dos 422 médicos admitidos pelo INAMPS em concursos específicos realizados em 1982 e 1984, 265 (62%) obtiveram por obra e graça do clientelismo político, transferência para postos de trabalho no Centro e Zona Sul do Rio de Janeiro⁽¹⁾.

No serviço de obstetrícia do Hospital dos Servidores do Estado (HSE do INAMPS) no Rio de Janeiro, cada médico presta menos de 10 consultas por mês. O parâmetro é de 16 consultas para cada 4 horas de trabalho. Nos setores de proctologia e ginecologia do mesmo hospital - um dos mais importantes do país - o número mensal de cirurgias por médico é de respectivamente 1 e 2⁽¹¹⁾.

Em Petrópolis, no Hospital Alcides Carneiro também administrado pela previdência, cada médico trabalha em média 6 minutos por dia, com exceção dos anestesistas. Estes trabalham 15...

Ainda que esses exemplos revelem, provavelmente, situações extremas, sem refletir portanto o perfil do sistema como um todo, na verdade, a produtividade dos serviços públicos de saúde é, em termos médios, bastante baixa.

Os hospitais próprios da previdência funcionam com ociosidade que oscila entre 24% e 43% em relação aos padrões internacionalmente aceitos. O mesmo acontece com os serviços ambulatoriais, que poderiam prestar de 15% a 44% a mais de consultas do que fazem⁽²⁾.

Informações como essas foram durante muito tempo escamoteadas da opinião pública, seja por negligência, seja em razão do entendimento tecnocrático segundo o qual os "leigos" nada têm a ver com a produtividade dos profissionais de saúde.

O reconhecimento de que saúde é uma questão política e a sociedade que sustenta os serviços tem o direito de controlá-los, tende modificar essa postura. Os administradores públicos tem o dever de, pelo menos, divulgar informações que facilitem esse controle. Ainda que corram o risco da acusação corporativa de querer indispor os médicos com a população.

Os exemplos mencionados são elucidativos das relações entre descentralização e controle social. O caso de Nova Iguaçu não teria ocorrido se a nomeação dos profissionais fosse feita pelo prefeito e não pelo presidente do INAMPS.

Mas é o controle, ainda incipiente, exercido pela comunidade organizada em associações de moradores e outras entidades, que está permitindo à previdência social enfrentar essa situação. Sem essa aliança dificilmente o problema será resolvido.

A baixa produtividade dos recursos humanos, associada à qualidade insatisfatória dos serviços, principalmente os de ambulatorio, mostra a falência da administração pública convencional e não participativa.

Para mudar esse quadro é necessário despertar no usuário a consciência dos seus direitos como contribuinte e como consumidor, criando ao mesmo tempo mecanismos de participação e controle. Entre os profissionais, o espírito público e a consciência social só serão desenvolvidos a partir de um novo pacto, entre o governo e sociedade, que propicie regime e condições de trabalho adequados. Sem isso dificilmente evitar-se-á o confronto entre produtores e consumidores; e o que se quer é colaboração recíproca.

7. Considerações Finais

Aumento das desigualdades, favorecimento de grupos com maior poder de pressão, adoção de prioridades equivocadas, ineficiências aqui e ali, são riscos que não podem ser surrupiados da discussão. Não se pode esquecer que "autoritarismo, coronelismo, nepotismo, cartorialismo, privincianismo são termos usados ad nauseam em passado não muito remoto para descrever o interior do Brasil". "Que garantia temos de que tudo isso já se foi?"⁽⁴⁾.

Deformações no uso do poder, entretanto, podem ocorrer em qualquer nível de governo. A gestão federal não é imune ao clientelismo, apenas é — as vezes — mais sofisticada na sua prática. O nepotismo não se configura somente em prefeituras ou em estados menos politizados. Ele é tão ou mais ostensivo nos "trens da alegria" do Senado Federal, por exemplo.

É pouco provável que a descentralização venha a agravar essas e outras perversões da ação política. Ao contrário. Na medida em que o controle social, inerente ao processo descentralizador, seja estimulado, esses problemas tendem a assumir proporções residuais.

Só a prática vai responder com que velocidade e em que grau. Certamente, vai responder de forma heterogênea, tanto quanto é heterogêneo este país. Mas não é essa heterogeneidade uma das razões para a descentralização?

O projeto de descentralização tem duas conseqüências concretas: Uma é transferir poder do centro para a periferia e, com isso, conferir maior eficácia a administração pública na medida em que coloca a decisão perto de onde os fatos ocorrem. A outra conseqüência é "ampliar o poder e o peso das pessoas estranhas a malha administrativa"⁽⁶⁾ aumentando, assim, a capacidade de controle da sociedade sobre o aparelho de estado.

Mais factível a partir da restauração do processo democrático, o projeto é obstaculizado pela resistência das burocracias em perder poder e pela incipiência e fragilidade das organizações comunitárias de base e das administrações locais.

A remoção desses óbices na área de saúde, sugere que a descentralização ocorra ao mesmo tempo em que se promova:

- . o fortalecimento, modernização e legitimação das estruturas estaduais, municipais e comunitárias;
- . a reformulação da política de recursos humanos;
- . a implementação da reforma tributária.

A primeira medida tem estreita vinculação com a transferência para os municípios de hospitais, ambulatórios e outros serviços federais e estaduais de natureza local.

Essa medida poderia, em um primeiro momento, atingir as cidades com mais de 50 mil habitantes. Esta possibilidade representaria, a curto e médio prazo, a municipalização de serviços de saúde em 200 cidades, as quais, em conjunto abrigam cerca de 55% da população urbana do país.

A idéia da municipalização dos serviços nessas cidades não está sujeita a maiores questionamentos. O mesmo não acontece com a proposta de incluir também os municípios com menos de 50 mil habitantes.

Uma alternativa para essas localidades seria a organização de um nível local composto por um conjunto de pequenos municípios consorciados em um "módulo básico de saúde correspondente a uma micro região" (7).

Simultaneamente devem ser implantados mecanismos de participação popular na gestão dos serviços que combinem sinérgicamente as diferentes formas espontâneas de organização comunitária (associações de moradores, etc.) com iniciativas oficiais já formalizadas, como os conselhos comunitários da previdência social.

A viabilidade de um sistema de saúde descentralizado, entretanto, depende — em larga medida — de que os subsistemas estaduais e municipais autônomos que o compõem, possam competir com a esfera federal e com a iniciativa privada, no recrutamento de quadros.

Enquanto salários e demais condições de trabalho forem, no âmbito estadual e municipal, pouco atrativos, a descentralização ainda que possível, encontrará resistência das diferentes categorias profissionais do setor. Além disso, salários baixos, constituem — como é sabido — um dos fatores importantes da qualidade insatisfatória dos serviços oficiais de saúde.

Mas é a reforma tributária — acompanhada da redefinição de funções dos diferentes níveis de governo — o instrumento que, na verdade, balizará na prática o grau de autonomia dos níveis estadual e municipal.

Uma nova partilha dos recursos nacionais compatível com a redefinição de encargos, traz algumas inquietações. A reforma tanto pode ocasionar, em certos casos, perda de eficiência na coleta de tributos que eventualmente passem da competência federal para estadual e municipal, como pode, por igual, agravar as desigualdades regionais.

São esses riscos que robustecem os argumentos em favor da manutenção do centralismo da arrecadação, desde que garantidos o automatismo das transferências e a autonomia na aplicação dos recursos. A redução das disparidades regionais, por outro lado, requer que a União aperfeiçoe o exercício de seu papel redistributivo.

Todas essas questões, passam necessariamente pela Constituinte e prosseguem na formulação de legislação complementar. E é nesse processo de incontornável luta política que a sociedade irá definir o sistema de saúde que deseja. Há boas razões para crer que esse novo sistema será definido em obediência aos princípios de universalização, equidade, integração e descentralização dos serviços de saúde.

B I B L I O G R A F I A

- 1) BERABA, Marcelo. - Médicos do INAMPS destacados para Nova Iguaçu estão trabalhando no Rio. Folha de São Paulo, São Paulo, 21 de maio de 1986.
- 2) BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. - Relatório de atividades. Brasília, 1985. 43 p.
- 3) _____ Plano Nacional de Desenvolvimento. - I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República: 1986-89; projeto. Brasília, SEPLAN, 1985. p.82.
- 4) CASTRO, Cláudio de Moura. - E afinal o que vem a ser descentralização? Brasília, IPLAN, s.d. 3 f.
- 5) CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. - Relatório final. Brasília, 1986. 21 p.
- 6) GLAZER, Nathan. - Descentralização: um caso de auto-ajuda. Diálogo, Rio de Janeiro, 17 (2): 2-8, 1984.
- 7) MENDES, Eugênio Vilaça. - Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. 8.^a Conferência Nacional de Saúde. 17-21 de março de 1986. 76 p.
- 8) PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães & PINTO, Vitor Gomes. - A política de Saúde na Nova República: subsídios para sua formulação. Brasília, IPEA/IPLAN, 1985. pp. 11, 13, 14. (CNRH. Documento de Trabalho, 24).
- 9) SANTOS, Hélio. - O Brasil rico só tem brancos. Veja, Rio de Janeiro (924):138, 21 de maio de 1986.
- 10) TABAK, Israel. - Dengue acirra briga de Chabo com Serra. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 18 de maio de 1986.

- 11) TABAK, Israel. - INAMPS divulga sobre a ociosidade em seus hospitais. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 25 de junho de 1986.
- 12) VIANNA, Solon Magalhães & PIOLA, Sérgio Francisco. Brasil: avaliação das estratégias de "Saúde para todos no ano 2.000". (1980-1983). Brasília, OPS/OMS, 1985. 224 p.
- 13) _____ Linhas de ação para o setor saúde. IPEA, 1979. 6 p.