

ELEUTERIO RODRIGUEZ NETO

OS CAMINHOS DO
SISTEMA UNICO DE SAUDE
NO BRASIL

- algumas considerações e propostas -

Março/1990.

NESP/FS/UnB
IPEA/IPLAN/CSP

ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO

OS CAMINHOS DO
SISTEMA UNICO DE SAUDE
NO BRASIL

- algumas considerações e propostas -

Março/1980

NESP/FS/UnB
IPEA/IPLAN/CSP

OS CAMINHOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Conteúdo

A - Introdução - a idéia de Sistema Único de Saúde

B - Aspectos jurídico-legais

C - Aspectos político-administrativos

I - A questão do financiamento

II - A descentralização

III - Os novos instrumentos de administração e gestão

IV - A questão do pessoal

D - Aspectos técnicos estratégicos

I - A organização física da rede de serviços

II - A qualificação tecnológica

III - A qualificação dos recursos humanos

E - Considerações finais

OS CAMINHOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL
- algumas considerações e propostas - (1)

Eleutério Rodriguez Neto (2)

A. INTRODUÇÃO - a idéia de Sistema Único de Saúde

É imprescindível para a compreensão da linha e dos propósitos deste trabalho, algumas considerações iniciais a respeito do processo que viveu o sistema nacional de saúde e que levou ao desfecho consagrado pela nova Constituição, da criação de um novo sistema de saúde, conhecido como Sistema Único de Saúde.

Durante cerca de vinte anos, o sistema de saúde brasileiro foi palco de um intenso enfrentamento de concepções políticas, tendo por um lado os segmentos da sociedade orgânicos com o modelo de desenvolvimento anti-social de que foi vítima o país nesse período e que teve desse Estado, todas as pré-condições e favorecimentos para implantar um -dos mais perversos modelo de atenção à saúde de que se tem notícia, quando o transformou em um importante "locus" de acumulação de capital, com todas as distorções e efeitos discricionários e até iatrogênicos, daí decorrentes; por outro, um movimento social integrado por intelectuais, pesquisadores, profissionais de saúde, grupos associativos de base e lideranças políticas, tendo como propósitos a análise e a denúncia da iniquidade daquele modelo, assim como a construção de um projeto alternativo com a dupla finalidade de contribuir para a construção de um novo sistema de saúde democrático e eficaz e, ao mesmo tempo,

(1) Trabalho elaborado para o IPEA/IPLAN/CSP, Convênio PNUD, março/1990.

(2) Médico, pós graduado em Saúde Coletiva, especialista em planejamento e políticas de saúde; Professor do Departamento de Saúde Coletiva e Diretor do NESF - Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília; ex-Secretário Geral do Ministério da Saúde (1985-86).

integrar a luta global da nação contra as condições que levaram à deterioração dos níveis de vida e saúde da população, sustentadas pelo regime militar (3).

Apesar do grande sucesso, para si, que o segmento envolvido com a concepção privatista obteve, implantando seu modelo assistencial, a chegada hoje, à proposta do Sistema Único de Saúde é fruto da convergência de vários fatores. Entre eles, pode-se destacar a própria insolvência daquele modelo que vem vivendo vicissitudes decorrentes da sua própria irracionalidade técnica e econômica face às crescentes demandas sociais, dado o seu caráter "atrasado" em termos de organização empresarial capitalista, que não soube se modernizar e continuou com sua prática de parasitismo perante o Estado, em profunda crise social e econômica.

É o que se poderia dizer: "mataram a galinha dos ovos de ouro".

E foi assim que esse mesmo Estado, para tentar superar suas crises econômicas e de legitimidade, cada vez mais amíde, passou a "tomar emprestado" idéias e conceitos do movimento de oposição para introduzir minimamente algum nível de racionalidade ao sistema, como as AIS - Ações Integradas de Saúde(82) e o SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde(87), ao lado de tantos outros projetos mais parciais (4).

A partir de 1986, com a realização da 8a. Conferência Nacional de Saúde, já no bojo de plena abertura política, esse

(3) Ver a respeito:

OLIVEIRA, Jaime A.A. e TEIXEIRA, S.M.F. (Im)previdência social: 60 anos da Previdência Social no Brasil, Petrópolis, Vozes, ABRASCO, 1985.

(4) ECCOKEEL, S. Reviravolta na Saúde - Origem e Articulação do Movimento Sanitário, Rio de Janeiro, dissert., ENSP/FIOCRUZ, 1987, 352 p., mimeo.

projeto ganhou mais fôlego, passando a ser conhecido como a Reforma Sanitária Brasileira (5).

A Reforma Sanitária então concebida sustenta-se em três pilares fundamentais: o primeiro, correspondente ao conceito da saúde que defende. Esse conceito, superando a polaridade existente entre as visões biologicista e a idealista (OMS), aponta caminhos menos imobilistas ou mecanicistas quando relaciona a saúde às condições concretas de existência do homem na sociedade e no planeta e, por consequência, retirando-lhe o caráter "setorial" e remetendo seu equacionamento às políticas econômicas e sociais. Isso implica em que a Reforma Sanitária não possa ser um projeto do "Setor Saúde", mas sim da sociedade e do governo como um todo. Implica em medidas coordenadas dirigidas ao equacionamento das políticas de renda, trabalho, habitação, meio ambiente, transporte, alimentação, lazer, entre outras, sob o critério da "saúde", isto é, a diminuição dos riscos de se adoecer ou sofrer agravos à integridade física e mental.

O outro pilar de sustentação da Reforma Sanitária é de natureza eminentemente política e corresponde à explicitação e reconhecimento do direito igual de todos às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, assim como o dever do Estado de assegurar o gozo desse direito de cidadania.

O terceiro elemento é de natureza estratégica e correspondente ao reordenamento do sistema de prestação de serviços de saúde no intuito de que o mesmo possa assumir a gestão dessa doutrina, seja como executor de ações específicas ou "zelador" da saúde da população perante a sociedade e as demais políticas públicas setoriais. No caso, essa proposta de

(5) CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 400 p.

reorganização corresponde ao projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas principais características se declinam a seguir.

Em termos de seus princípios essenciais, o SUS deve ser:

- universal, ou seja, estar voltado para a totalidade da população residente no país;
- integral, de forma a prover ações que não considerem o homem/mulher isolado de seu meio ou como uma justaposição de órgãos, assim como considere como um todo as ações coletivas e individuais, preventivas e curativas, numa mesma lógica;
- resolutivo, de maneira a assegurar o real equacionamento dos problemas apresentados e verificados individual ou coletivamente, num compromisso de qualidade, em oposição a uma prática meramente formal e administrativa.

Quanto à sua organização, o SUS deve se pautar pelas seguintes diretrizes:

- unidade, como o próprio qualificativo do SUS, ou seja, deve ter unidade de doutrina e de lógica administrativa em todo território nacional;
- descentralização, representando uma profunda e radical distribuição do poder entre as três esferas de governo, na direção dos municípios; essa diretriz baseia-se na concepção de que, quanto mais próximo do local de sua efetivação tanto mais relevantes e legítimas serão as decisões correspondentes; isso implica na não-intervenção de um poder sobre outro na sua esfera de atuação e, por conseguinte, na exclusividade de comando nos níveis federal, estadual e municipal, respectivamente; no entanto, uma diretriz que deve ir além, até o nível local;
- racionalidade, entendida como a adequação entre a estrutura de necessidades e a de serviços, equipamentos e

demais recursos; o modelo que melhor responde a essa intenção é o da rede única regionalizada e hierarquizada por níveis de atenção, correspondentes à concentração tecnológica existente em cada um deles e voltados respectivamente para a resposta às demandas diretas e referidas; estas, secundária e terciária e a primeira, direta.

- participação, entendida aqui como o direito de, a população organizada, participar do processo de tomada de decisão e de controle da execução das políticas de saúde em todos os níveis, do federal ao local; isso viabilizado por Conselhos de Saúde com poder deliberativo, representativos e legítimos (6).

Até a época da Constituinte, essas questões todas foram tratadas com bastante generalidade, de acordo com o momento, que era de conquista das grandes linhas de reorientação a que deveria se submeter o sistema de saúde. Conquistado o Sistema Único de Saúde, começou a se fazer necessário o seu detalhamento. E foi o que se iniciou a partir da elaboração e discussão da Lei Orgânica da Saúde durante o ano de 1989.

Ainda que sem surpresas do ponto de vista do reaparecimento de conflitos políticos aparentemente já superados, evidenciou-se, mesmo tecnicamente, uma diversidade de concepções operacionais enorme, respondendo não só a experiências particulares diversas, como a novos interesses (na maioria

(6) Segundo o substitutivo ao Projeto de Lei no. 3110 de 1989, aprovado pela Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados:

Art. 11, Parágrafo 2o.

(...)"O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, composto por: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários cuja representação será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, atua na formulação de estratégias e no controle da execução de política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros."

corporativos) emergentes no momento de se assumir certas definições mais concretas.

Mesmo considerando que esse é um processo sem fim, e nunca unívoco, na medida tanto do aperfeiçoamento técnico sempre possível, quanto das alterações nas correlações de forças políticas ao longo do tempo, julga-se que já há um patamar suficientemente consensualizado, a partir do qual pode-se começar a propor e discutir "medidas de implementação" do SUS, a fim de que possa haver, realmente, possibilidade de transformação na "ponta". E essa é a motivação que se deve perseguir. Qualquer mudança que se proponha deve responder afirmativamente à pergunta: traz benefícios para o usuário, direta ou indiretamente? O resto será efêmero, cosmético ou irrelevante.

Nesse sentido pretende-se, nos itens a seguir, discutir a implementação do SUS a partir de três dimensões: a jurídico-legal, a político-administrativa e a técnico-estratégica. Por antecipação já se pode reconhecer um certo artificialismo dessa divisão, na medida em que são aspectos intrincados entre si; a divisão apenas tenta favorecer o agrupamento de considerações e medidas afins, mas a sua implementação deve ser pensada de forma integrada e simultânea.

Ainda, no entanto, uma última consideração a respeito da abrangência do SUS. Mesmo considerando que o SUS é integrado pela rede pública e, complementarmente, pelos serviços privados contratados e conveniados, estando fora de sua lógica organizativa os chamados serviços privados autônomos ou liberais, é entendimento deste trabalho que a responsabilidade constitucional quanto à ação normativa e controladora do poder público na área da saúde em geral, é exercida pela própria estrutura diretiva do SUS, na medida em que não há estrutura pública de saúde "por fora" do SUS. Assim, ainda que do ponto de vista da responsabilidade sobre a cobertura assistencial universal o SUS, deve estar executando os serviços de saúde.

públicos ou contratando terceiros, é seu mister também atuar sobre todos os demais serviços de saúde privados, no que diz respeito à normalização técnica e ética, e condições de instalação e funcionamento.

B. ASPECTOS JURÍDICO-LEGAIS

A característica principal do chamado "Estado de direito" ou "democrático" é o fato de existir um conjunto de leis e normas definidas de forma majoritária pela sociedade por meio dos processos de representação, especialmente as câmaras legislativas em níveis federal, estadual e municipal, assim como a vigência de um pacto político, para seu acatamento pelas próprias instâncias de governo.

Durante a ditadura o que ocorria era exatamente o inverso: não só as leis e as normas, e até mesmo a Constituição, eram elaboradas e mexidas ao sabor de interesses pouco legítimos e de forma autoritária, como a sua observância se dava apenas na medida da conveniência; e tampouco era regra a independência entre os três poderes: frequentemente o legislativo e o judiciário estiveram coagidos e manipulados pelo executivo, detentor absoluto do poder, com o respaldo da força militar e policial.

A promulgação pois, da Constituição de 1988, como fruto da alteração da correlação das forças sociais no país desde o fim da década de 70 e do pacto político que foi sendo urdido e solidificado a partir daí, representa um importante ponto de inflexão na evolução institucional do país.

Embora isso possa parecer óbvio, é necessário que seja analisado com um pouco mais de acuidade, face a outras análises que às vezes tendem a desvalorizar esse fato e suas consequências.

Apesar de a Constituição registrar uma série de preceitos e diretrizes que não representam práticas ou conceitos novos, ela os legitima e substitui o "senso-comum" por norma constitucional. Ou seja, o que muitas vezes era até adotado como tendência, mas que dependia da "vontade" do dirigente,

ganhou foro mandat6rio, substituindo assim o voluntarismo pelo direito e pelo dever.

Em alguns casos, no entanto, a Constituiç6o foi al6m, quando introduziu novas regras, direitos e deveres que at6 ent6o apenas integravam plataformas de lutas pol6ticas de segmentos ou movimentos sociais n6o hegem6nicos.

6 o caso de um conjunto de direitos civis e sociais e, com muita especificidade, da 6rea da sa6de.

A 6rea da sa6de foi contemplada na nova Constituiç6o com um n6vel de explicitaç6o n6o registrado nas Constituiç6es anteriores e pouco visto nas de outros pa6ses (7). Mais que isso, no entanto, adota um conjunto de conceitos, princ6pios e diretrizes extra6dos n6o da pr6tica corrente e hegem6nica, mas propondo uma nova l6gica organizacional baseada na proposta contra-hegem6nica constru6da ao longo de quase duas d6cadas pelo "movimento sanit6rio", ou como conhecido, depois da 6a. Confer6ncia Nacional de Sa6de, Reforma Sanit6ria.

O texto constitucional na 6rea da sa6de passa a ser assim, n6o legitimador de uma pr6tica, mas prescritor de um novo sistema de sa6de a ser constru6do e implementado a partir desse quadro referencial.

6 claro que, apesar disso, o texto constitucional da sa6de deixou de incorporar muitos dos pleitos do movimento da Reforma Sanit6ria e incorporou alguns elementos de forma um pouco amb6gua, o que remete a sua soluç6o para outras etapas do processo jur6dico-pol6tico. Nada, no entanto, a se estranhar, dada a natureza do processo de negociaç6o que presidiu especialmente as etapas finais da Constituinte, tentando acordos parciais e tempor6rios entre contr6rios, com vistas a garantir a terminalidade do processo constitucional

§7) RODRIGUEZ Neto, Eleut6rio, Sa6de: promessas e limites da Constituiç6o, S6o Paulo, 1988, Tese (Doutorado), 354. p.; n6o apresentada ou publicada.

naquele momento; um pouco na linha do "perder os anéis para não perder os dedos".

Não cabe aqui uma maior discussão do processo constituinte, já discutido em outro trabalho mais extenso do próprio autor (8). No entanto, é conveniente que se registrem os elementos fundamentais que estão contidos na Constituição, a respeito da saúde.

Considera-se que há três componentes essenciais na Seção Saúde (9):

- o primeiro, relativo ao próprio conceito de saúde, quando remete o seu equacionamento às políticas econômicas e sociais ao lado das ações específicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; isso significa um enorme avanço na percepção inter-setorial da saúde;
- o outro elemento é talvez o mais essencial, e corresponde à explicitação do direito universal e igualitário dos cidadãos à saúde (não só às ações de promoção, proteção e recuperação) e do dever do Estado em assegurar esses direitos; isso estabelece um novo plano jurídico nas relações entre cidadão e Estado quanto à saúde e tem profundas implicações tanto para a luta política da sociedade na conquista efetiva da saúde individual e coletiva, quanto para reorganização e perfil de atuação do Estado para o equacionamento do acesso e gozo da saúde;
- por último, a explicitação do modelo de organização do Sistema de Saúde, seus componentes, suas funções e relações, criando o Sistema Único de Saúde, integrado pelos serviços públicos de saúde, complementados pelos serviços privados, em rede regionalizada e hierarquizada e segundo

(8) RODRIGUEZ Neto, E., op. cit.

(9) BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil, Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. ver artigos de números 196 a 200.

as diretrizes de comando único, descentralização e participação; é essencial também a clara definição de alguns campos de atuação do SUS, como a saúde do trabalhador, a formação de recursos humanos e a vigilância sanitária.

Ao lado desses elementos que se consideram essenciais, pode-se ainda identificar a forma de relacionamento entre os setores público e privado e a proibição do comércio de sangue e derivados, órgãos e tecidos; neste caso, além do efeito operacional imediato, considera-se que a "estatização" do sistema de sangue e derivados, que daí certamente derivará, terá um efeito demonstrativo e catalisador importante sobre o desenvolvimento e qualificação do setor público de saúde em geral.

Ainda em relação à Constituição, merece uma consideração o fato de a "Seção Saúde" pertencer ao "Capítulo da Seguridade Social". A intencionalidade que presidiu esse arranjo foi fundamentalmente de viabilização financeira das áreas de saúde, previdência e assistência social, além de sugerir um planejamento integrado dessas áreas consideradas críticas sob o ponto de vista dos direitos sociais.

A prática, entretanto, parece indicar que esse não será um mecanismo suficiente para garantir nem um, nem outro objetivo; e, especialmente a questão do financiamento da saúde, terá que abrir outras portas para viabilizar o SUS então criado.

A despeito pois, de insuficiências, ambiguidades, inadequações ou conflitos existentes no texto constitucional com relação às questões de saúde, é indiscutível que a nova Constituição significa um "ponto de reparo" importante para o prosseguimento da luta política pela conquista da saúde.

Necessária, mas não suficiente, a Constituição supõe a realização de outras etapas até o pleno estabelecimento da ordem constitucional no país, assim como do quadro legal

decorrente da transformação dos preceitos e normas gerais em instrumentos claros e objetivos para a formulação, execução e controle das políticas correspondentes.

Essas etapas referem-se a várias naturezas de instrumentos:

- Constituições Estaduais;

- Leis Orgânicas Municipais;

- Lei Orgânica de Seguridade Social, especialmente no tocante ao financiamento do SUS;

- leis federais, estaduais e municipais referentes a aspectos específicos da Saúde, em especial:

. Código Sanitário Nacional,

. lei sobre o Plano de Carreira - Cargos e Salários - para o SUS,

. lei sobre o Sangue e Derivados,

. lei sobre Transplantes,

. lei de disciplinamento de modalidades de assistência privada empresarial, como seguro-saúde, cooperativas médicas, medicina de grupo, etc.

. lei sobre a propaganda de medicamentos, bebidas, tabaco e agrotóxicos,

. lei sobre a participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país;

- Além das leis orçamentárias anuais, tanto federais, como estaduais e municipais.

No que diz respeito às Constituições Estaduais, todas já estão elaboradas e promulgadas, de acordo com o prazo definido pela Constituição da República, que se esgotou em cinco de outubro de 1989.

Trabalhos paralelos a este estão fazendo a análise da Seguridade Social e da Saúde nas novas Constituições Estaduais. No entanto, já se tem notícia que o padrão entre as mesmas é muito similar, na medida em que a maioria praticamente repetiu o texto da Constituição da República, com poucas inovações ou restrições. Parece, no entanto que, contemplando numerosos casuísmos, essas Constituições incidiram também em várias inconstitucionalidades em relação ao nível federal que, pouco a pouco, deverão ir sendo contestadas.

Todavia, o que seria de se esperar é que as Constituições Estaduais, seguindo a Constituição da República, pudessem contemplar as peculiaridades e especificidades estaduais, ao detalhar os termos genéricos exigidos em uma Constituição que pretende ser para todo o país. Infelizmente essa não parece ter sido a compreensão da maioria dos constituintes estaduais, que optaram pela já tradicional prática política do legislador de adiar certas decisões, ou no jargão popular "empurrar com a barriga".

A identificação dessa tendência por lideranças técnicas e políticas do setor levou à tentativa de se organizar a discussão com vistas a um melhor aproveitamento das Leis Orgânicas Municipais como instrumento de avanço e implementação do SUS.

Foram então realizados alguns trabalhos e encontros (10) que pretenderam propor critérios e sugestões para que as Câmaras de Vereadores elaborassem mais adequadamente suas Leis Orgânicas Municipais.

Ainda se tem pouca informação sobre os textos finais das Leis Orgânicas Municipais, uma vez que os seus prazos para promulgação expiram em cinco de abril de 1990. A expectativa, no entanto, dos órgãos e entidades com os quais as Câmaras de Vereadores tiveram oportunidade de se assessorar direta ou indiretamente é de que as Leis Orgânicas Municipais incorporem com maior objetividade e detalhe questões como: o financiamento do SUS, em termos de criação dos Fundos Municipais de Saúde e de critérios e diretrizes que assegurem receita suficiente à programação municipal do SUS; as características de composição e de poder deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde; definição mais clara de atribuições do poder SUS em nível do município, entre outras.

Tem-se informação, entretanto, de que muitos municípios, especialmente os pequenos, sequer se referiram ao SUS, seja por desconhecimento real ou, mais provavelmente, por interesse em manter os serviços ou ações municipais de saúde sob a prática corriqueira do clientelismo mais imediatista, uma vez que nesses municípios, atender os munícipes quanto à sua saúde é um dos principais instrumentos de distribuição discricionária de favores entre os grupos políticos locais; é claro que, neste caso, estão "apostando" em que as normas nacionais sobre o SUS nunca cheguem efetivamente a esses municípios.

(10) Trabalho realizado pelo NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB com apoio do Ministério da Previdência e Assistência Social e da Organização Panamericana da Saúde, Informe, 1989.

Ver também:

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, Rio de Janeiro. Diretrizes para Elaboração da Lei Orgânica do Município, Rio de Janeiro, 1989. 58 p.

De qualquer forma é de se esperar que nos próximos anos vá havendo um processo de compatibilização crescente nessa hierarquia de Constituições e Leis, especialmente no caso da Saúde, que terá definido em nível nacional (e não apenas federal) um sistema único. Eis aí uma consequência e uma implicação da idéia do SUS - a contribuição para a construção de uma cidadania nacional.

No que diz respeito às Leis Orgânicas da Seguridade Social em geral, e da Saúde em particular, a Constituição da República estipulou um prazo de seis meses para que o Poder Executivo apresentasse seus projetos de Lei; e de mais seis meses para que o Congresso os discutisse e aprovasse.

Infelizmente aí começou a ser rompido aquele pacto político referido anteriormente: os próprios prazos constitucionais começaram a ser desrespeitados, num aparente pacto, perverso, entre Executivo e Legislativo.

Desde novembro de 1968 que grupos técnicos, com apoio inclusive de órgãos do governo federal, começaram a discutir e elaborar as leis respectivas e, em fevereiro de 1969 já havia propostas suficientemente consistentes para serem colocadas em discussão no Congresso Nacional(11).

Entretanto, nesse momento, começaram a surgir conflitos entre os vários ministérios envolvidos, os quais residiam fundamentalmente na questão da redistribuição de poderes entre os mesmos e no nível da descentralização para Estados e Municípios, a ser efetuada.

O atraso no encaminhamento das mensagens do Executivo levou a um certo tumulto do processo no Legislativo que, tomou iniciativa de apresentar Projetos de Lei próprios sobre a

(11) NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA - NESP, Anteprojeto de Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, Brasília, 1969, mimeo.

matéria e, ao mesmo tempo, acatou os provenientes do Executivo(12) > Com o tempo mais exiguo, a sobrecarga do Legislativo pela análise de outras matérias e a abertura do leque de alternativas, aliados a interesses vários de se postergar definições e assim prolongar a possibilidade do exercício de privilégios e distorções do modelo vigente, a Lei Orgânica de Saúde permanece, no momento, como projeto inconcluso.

Apesar disso, a Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social aprovou em dezembro de 1989 um substitutivo que ainda tramitará por outras instâncias do Congresso antes de ser aprovado e promulgado.

Como, julga-se, não deverá sofrer modificações importantes nesse processo, cabem desde já algumas considerações a seu respeito.

Numa primeira avaliação, é possível se afirmar que não houve comprometimento essencial da proposta de Sistema Único de Saúde - SUS, defendida pelo movimento da Reforma Sanitária. Não se pode também negar que ocorreram perdas importantes ou, pelo menos, adiamentos de definições.

O governo, se quiser, terá, seguramente, importantes instrumentos para efetivá-las, assim como a sociedade, mecanismos mais efetivos de controle sobre a formulação e execução das políticas de saúde, através dos Conselhos de Saúde deliberativos e representativos. Estarão também respaldadas as medidas de reforma administrativa e de descentralização necessárias à implantação do SUS, apesar

(12) Foram apresentados os seguintes Projetos:

- - Projeto de Lei No. 3110/1989, do Executivo
- - Projeto de Lei No. 3100/1989, do Deputado Raimundo Bezerra - PMDB
- Projeto de Lei No. 3128/1989, do Deputado Eduardo Moreira - PMDB
- Projeto de Lei No. 2358/1989, do Deputado Roberto Jefferson - PTB.

destas não poderem ser implementadas na sua totalidade sem uma nova "rodada" de discussões legisferantes pelo Congresso Nacional.

O processo de discussão da lei encontrou na Comissão a mesma polarização que já havia sido observada por ocasião da Constituinte. De um lado os defensores do SUS público, universal e democrático, e de outro os identificados com os interesses privados e descomprometidos com a coisa pública e com a causa popular. Nada de novo, uma vez que o Congresso Nacional é o mesmo que foi Constituinte, agravado pela nova organização da casa que, ao dar poder terminativo às comissões, transformou-as em "lobbies" de interesses específicos, comprometendo o pluralismo e o tratamento supra-setorial das questões de interesse comum da nação, como Saúde e Educação.

Isso propiciou uma conjuntura das mais perversas para a causa coletiva, na medida em que se agregaram aos interesses já explicitados, o casamento entre o clientelismo habitual de certos parlamentares e o corporativismo de grupos que seriam "ameaçados" com a nova ordem institucional proposta. Foi o caso dos funcionários e dirigentes do INAMPS, FSESF, SUCAM, Pioneiras Sociais, LBA, Universidade e Hospitais Universitários, entre outros, além de categorias profissionais específicas, na defesa de privilégios ou benefícios. E nessa situação formaram-se alianças das mais espúrias que, ao final, terminaram por afetar o conjunto do projeto, esgarçado para atender à multiplicidade de demandas particulares.

Dessa forma, e fruto dessa ação malévola, mas representativa da estratificação social e da falta de organicidade real de certos movimentos tidos como progressistas, com a causa popular, muitas insuficiências podem ser identificadas na lei, como:

. esvaziamento do poder normativo do nível municipal, comprometendo o princípio da descentralização;

. relativização do papel do SUS quanto à saúde do trabalhador, comprometendo a unidade e a eficácia da política correspondente;

. postergação de medidas de reforma administrativa, preservando pelo menos por mais algum tempo, a esquizofrenia institucional do setor e comprometendo o princípio do comando único em cada esfera do governo;

. preservação de órgãos e entidades federais, comprometendo o princípio da descentralização;

. ressalvas à gratuidade, comprometendo o princípio da equidade;

. manutenção dos vários regimes de trabalho no SUS, comprometendo os princípios da resolutividade, integralidade e isonomia;

. preservação dos Sistemas de Saúde privativos de certas categorias de servidores públicos, comprometendo o princípio da equidade;

. preservação da administração pública paralela através de fundações e entidades não criadas pelo poder público, comprometendo a transparência da administração pública;

. manutenção da relação convencional e de compra e venda de serviços no âmbito do setor público, como no caso dos Hospitais Universitários, comprometendo o princípio da unidade e a integração orçamentária;

. atenuação do poder normativo e fiscalizador do SUS sobre os serviços privados de saúde, comprometendo a própria Constituição e o interesse público.

Quanto aos dispositivos legais referentes ao financiamento federal, estes podem ser encontrados em três instrumentos: no Projeto de Lei Orgânica da Seguridade Social (13) que consiste no "guarda-chuva" para a organização geral da Seguridade Social e seu financiamento, no Projeto de Lei Orgânica da Saúde e na Lei de Diretrizes Orçamentárias para o ano de 1990 (que a cada ano explicitará os montantes, as fontes e usos dos orçamentos Fiscal, de Seguridade Social e de Investimentos das Estatais).

Os financiamentos estaduais e municipais, por sua vez, além de se aterem aos dispositivos constitucionais e legais federais pertinentes, também estarão condicionados pelas suas respectivas Constituições e Leis Orgânicas e pelas suas Leis Orçamentárias anuais.

Como a Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1990 reflete uma conjuntura específica e corresponde ainda à fase de transição para o SUS (até porque as Leis Orgânicas da Seguridade Social ainda não foram aprovadas), não cabem aqui maiores considerações. Apenas os fatos de que essa lei ainda apresenta confusões sobre a compreensão do campo da Seguridade Social e do SUS próprias de suas indefinições, os recursos destinados à saúde não crescem, pelo contrário sofrem certa redução, e fica nítido o problema de não se ter definidos os mecanismos e critérios para a participação do Orçamento Fiscal no financiamento do SUS, como previsto na Constituição.

É de se ressaltar, no entanto, já uma diretriz, parcialmente implementada, de transferência automática de recursos para Municípios, na perspectiva da municipalização do Sistema de Saúde.

Além das leis já antes referidas e que são necessárias à implementação do SUS, o atual substitutivo da Lei Orgânica da

(13) O Projeto analisado foi o Projeto de Lei No. 3101/1989, sobre a Seguridade Social, do Deputado Raimundo Bezerra.

Saúde prevê duas outras leis que poderiam ter sido evitadas se a própria Lei Orgânica tivesse tomado decisões a respeito; assim essas novas leis correspondem mais a "manobras" postergatórias do que propriamente exigências técnico-legais. Trata-se da lei sobre a organização, atribuição e funcionamento dos Conselhos de Saúde e da lei sobre a reorganização administrativa da estrutura federal de saúde.

Ao lado pois, dessas leis, colocam-se como pré-condições para a plena implementação do SUS as leis referentes a pessoal (plano de carreira e pisos salariais nacionais), e ao Código Sanitário Nacional que deverá estabelecer competências, critérios, padrões e processos para a vigilância sanitária, revendo o hoje estabelecido e dotando o SUS de instrumentos sobre seus novos campos de atuação.

Os projetos de lei referentes ao sangue e derivados e aos transplantes já se encontram em tramitação, e deverão reproduzir na sua discussão e aprovação muitos dos conflitos de concepções que têm presidido o debate em torno da Lei Orgânica da Saúde; com um atenuante: o tom enfático e determinante da Constituição a respeito da proibição da comercialização(14).

As demais leis, relativas à regulação do setor privado não contratados pelo SUS complementarão esse quadro legal e deverão estar orientados pelos princípios de defesa dos direitos do usuário, adequação técnica e autonomia em relação a recursos públicos, sob qualquer forma, direta ou indireta.

Esse arcabouço jurídico-legal básico irá sendo complementado, na medida de necessidades identificadas, por outras leis, federais, estaduais ou municipais, de acordo com seu âmbito de aplicação.

(14) Ver Artigo No. 199 da Constituição e Projeto de Lei No. 3650/1980, do Deputado Raimundo Bezerra.

é fundamental, ao se encerrar esta parte do trabalho, reiterar a importância de que a sociedade civil tenha os instrumentos jurídico-legais como espaços privilegiados de intervenção para legitimação e institucionalização de seus pleitos. Desconsiderar esse espaço é um equívoco estratégico que tem efeitos dificilmente reversíveis a curto prazo, dada sua processualística lenta e conflitiva, mas seguramente mais efetiva do que acordos apenas conjunturais e voluntaristas.

C. ASPECTOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS

Sob o ângulo administrativo, a implantação do SUS supõe a incorporação de mudanças essenciais em pelo menos quatro aspectos fundamentais:

- o financiamento,
- a descentralização do poder decisório,
- a reorganização das estruturas diretivas, e
- a organização da força de trabalho.

I - A questão do financiamento

Não se pretende aqui fazer uma análise exaustiva da questão do financiamento, objeto de alguns estudos recentes mais aprofundados(15). A intenção é mais de apontar linhas de atuação e critérios que devem orientar a política de financiamento do SUS.

Já se disse em algum momento das discussões sobre as vicissitudes do atual modelo de assistência à saúde, uma frase curta mas que expressa a essência do problema: "gasta-se pouco e mal".

Isso leva, de início, a duas diretrizes essenciais a serem tenazmente buscadas: o aumento do montante dos recursos a serem alocados ao SUS; e a racionalidade, relevância e pertinência no seu uso.

(15) Ver a respeito:

VIANNA, Selou M., A conta social revisitada, 1980/1987, 1989, 12 p.

MEDICI, André C., A questão do financiamento no Projeto de Lei Orgânica da Saúde, fevereiro 1988, 18 p., Comissão Nacional da Reforma Sanitária, Documento III. O financiamento da Saúde, CNRS, Rio de Janeiro, 1987.

Fica clara a inter-potencialidade desses dois aspectos, na medida em que um melhor uso dos recursos significa sempre um maior rendimento contábil. As dimensões da relevância e da pertinência não significam, no entanto, necessariamente menos gastos; pelo contrário, podem implicar em maiores despesas, mas de maior impacto sobre o processo de prestação de serviços de saúde. Tenta-se aqui, com essas considerações, apenas combater o simplismo da concepção efficientista que às vezes domina o planejamento tecnocrático. Isto é, em outras palavras, por mais racionalidade que se imponha ao sistema de saúde, seus custos não tendem a diminuir, mas a crescer; num ritmo maior até um certo patamar de investimentos essenciais e um pouco menor a partir daí, mas sempre crescendo, com o desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias necessárias especialmente à preservação e prolongamento da vida humana.

A velha, mas não antiga, idéia da "medicina simplificada" não cabe no modelo do SUS para o Brasil do final do século XX. A cidadania conquistada, junto com níveis de desenvolvimento que colocam o país entre os mais viáveis social, política e economicamente, não permitem a adoção de modelos de atenção de níveis de eficácia distintos, conforme destinados a um ou outro grupo populacional ou segmento social.

Se a Constituição não assegura automaticamente essa igualdade, é mister do planejador ter esse objetivo em mente nas suas tomadas de decisão, rejeitando qualquer idéia de sub-sistemas com lógicas diferentes, orientadas pela motivação do "retorno econômico". A Saúde não pode estar orientada pela lógica do retorno econômico, mas sim do impacto social; é um bem caro - nos dois sentidos, do seu custo e de sua essencialidade.

No referente ao aumento da dotação orçamentária para a saúde, é necessário que se analisem as metas que têm sido

propostas por técnicos e políticos e agora assumidas pelo atual governo.

Embora sem base de cálculo muito acurada e mais baseada em comparação, tem sido aceita como uma meta adequada o alcance de 10% do PIB com gastos em saúde; este governo comprometeu-se a atingi-la, por pretender triplicar os atuais gastos, nunca unívocos nos cálculos oficiais ou não. O que deve-se ter em mente é que, quando se fala em "gasto em saúde", normalmente aí estão incluídos os gastos públicos e os privados (de cada um, individualmente). Na proposição do governo fala-se em alcançar o triplo do gasto total com a participação "em dobro" dos gastos privados. Mesmo que isso fosse possível, o que é pouco provável, dado se ter praticamente atingido o limite na expansão dos gastos privados diretos (seguro-saúde, convênios, etc.), passa a não ser mais suficiente a meta dos 10%, pelo menor crescimento dos gastos públicos que o necessário.

De qualquer forma, um dos primeiros desafios que deve ser enfrentado, é o real dimensionamento dessas metas, a partir de estudos mais apurados dos gastos públicos federais, estaduais e municipais com saúde e dos gastos privados, assim como suas perspectivas de expansão.

O crescimento dos gastos públicos, por seu lado, supõe para sua efetivação, além de fortes decisões políticas, de uma efetiva análise de fontes. Não é fácil remanejar o correspondente a 6% ou 7% do PIB de um setor a outro no prazo de cinco anos. Do lado da Seguridade Social parece quase impossível se esperar que nos próximos anos a fonte "contribuições sociais" possa destinar mais do que os históricos 25% ou no máximo 30% para a saúde, face à compressão das despesas com benefícios. Só restam pois como fontes alternativas os Orçamentos Fiscal da União e os dos Estados e Municípios.

Na medida em que as Constituições Estaduais, praticamente repetiram a Constituição da República, não há maiores garantias pois, para que haja um crescimento importante dos gastos estaduais com saúde; a possibilidade fica por conta do peso político do setor no governo.

Quanto aos Municípios, a par do seu significativo crescimento de receita decorrente das novas diretrizes descentralizadoras da Constituição, parece que as suas Leis Orgânicas (pelo menos dos principais municípios) são mais promissoras nesse particular, estabelecendo pisos e critérios de gastos e de gestão dos recursos do SUS nesse nível.

No entanto, há que se registrar também os enormes encargos que, simultaneamente passam para os municípios, inclusive na área da saúde. A diversidade entre os municípios não permite também muitas generalizações e exige estudos aprofundados sobre essa realidade.

Mesmo que não se consiga a fixação de piso de gasto com saúde na Lei Orgânica da Saúde, talvez ainda se possa lutar por algum tipo de compromisso legal ou não, na linha da vinculação dos gastos com pessoal e com investimento à fonte Orçamento Fiscal, reservando, o Orçamento da Seguridade Social para custeio de despesas correntes.

Outro instrumento essencial e que deve ser assim compreendido pelos dirigentes é o Fundo de Saúde, nos níveis federal, estadual e municipal. Além da função de permitir o manejo integrado do "pool" de recursos das várias fontes, talvez suas funções mais importantes sejam a separação do orçamento do SUS do "caixa-único", e assim assegurar o seu uso mais ágil e adequado, sob critérios técnicos, e a possibilidade de um maior controle sobre os gastos a serem efetuados pelos Conselhos de Saúde que atuam diretamente na sua fiscalização. A aventada limitação constitucional à criação de "Fundos" aplica-se apenas ao nível federal, e a

novos fundos; no caso, o Ministério da Saúde pode dar novas funções ao já existente Fundo Nacional de Saúde.

No que diz respeito às questões da racionalidade, relevância e pertinência, estas estão condicionadas a duas ordens de elementos: o caráter democrático do planejamento, permeabilizando-o ao controle social em termos de definições de necessidades e prioridades e no uso adequado dos recursos; o outro, a tecnologia adequada para o equacionamento das situações-problema específicas, aspectos a serem discutidos em outros itens deste trabalho.

Por último, cabe alguma consideração sobre as relações do setor privado de serviços de saúde, com os recursos públicos.

Há hoje duas formas básicas de expressão dos serviços privados: o contratado ou conveniado com o setor público e dependente de recursos públicos para custeio; e o chamado "autônomo", ou que não depende dos recursos públicos e se coloca no mercado correndo risco e submetendo-se à lógica concorrencial.

No entanto, também esse sub-setor muitas vezes recebe recursos públicos, sob forma de subsídios, diretos e indiretos, como é o caso típico da dedução do imposto de renda.

Por outro lado existe também um sub-setor daquele contratado que é apenas para atendimento de segmentos especiais de funcionários públicos e de estatais, através dos chamados serviços de saúde privativos de funcionários. Como isso é feito com recurso público, é outra forma de desvio e de desigualdade inaceitáveis. Não só do ponto de vista econômico-financeiro; também sob a ética política, uma vez que, assim, se retira das filas e das portas dos serviços públicos os segmentos sociais mais organizados e com maior força de pressão.

Além da incoerência: como se justificar que o serviço público não é bom para o funcionário público?

Assim, há três linhas de atuação correspondentes a essas questões e que devem ser efetivadas até por coerência com a política neo-liberal declarada pelo atual governo:

- A contratação dos serviços privados quando necessários, em nível municipal, mediante concorrência pública e tendo como condições o controle do poder público e o estrito cumprimento do perfil e papel que o serviço deve cumprir na rede regionalizada e hierarquizada; como instrumento, o contrato de direito público.

No caso das entidades não lucrativas, considera-se que também deve haver modificações: ou as mesmas são consideradas como se fossem lucrativas e assim se submetem ao contrato; ou se não visam realmente lucro, devem ser consideradas como se fossem públicas, ainda que não estatais, e serem passíveis de orçamentação e co-gestão com o poder público. Tudo o mais é subsídio.

- A eliminação de todo e qualquer subsídio ou estímulo; é o caso da dedução do imposto de renda, dispensa de impostos para importação e de outros impostos.

- Proibição dos serviços privativos de funcionários da administração direta e indireta com recursos públicos.

Ainda que todas essas medidas apenas disciplinem mais o setor privado, evitando "shunts" indesejados com os recursos públicos, pensa-se que ainda há muito de ideológico a compreender e superar nessa relação, tanto de um lado quanto de outro.

II - A descentralização

De-se dizer que a descentralização consiste na diretriz político-administrativa substantiva do SUS. A sua implementação deve significar uma transformação radical do atual modelo, colocando-o de "cabeça-para-baixo".

A descentralização pretende tornar efetivos os princípios da racionalidade das ações e da legitimidade das políticas de SUS, ao procurar aproximar no tempo e no espaço os processos de tomada de decisão sobre estratégias, métodos e técnicas, dos momentos e locais de identificação das situações-problema que pretendem equacionar.

A descentralização significa, pois, a possibilidade do exercício do poder em todas as esferas da administração, em relação às situações correspondentes aos âmbitos de atuação respectivos. Assim, a descentralização não deve significar uma posição de valor, no sentido de que o nível central não é "bom" para tomar decisões e o nível local é. Não; o nível central federal é adequado para tomar decisões de abrangência nacional; o nível central estadual, sobre as questões de abrangência estadual; e assim por diante até a unidade local de prestação de serviços de saúde, passando pelo nível municipal e pelo Distrito Sanitário.

A descentralização, entretanto, para se efetivar não pode ficar apenas no nível conceitual, como subsídio para a prática do dia-a-dia. Ela tem que se refletir na estrutura e nas suas atribuições e funções. Isto é, a descentralização não é apenas uma atitude, o que tornaria o processo eminentemente voluntarista e vulnerável. É necessário que, através dos instrumentos legais e normativos se redefinam os perfis de atuação dos vários níveis de expressão do SUS. Além disso ainda, é fundamental para a eliminação dos conflitos entre as esferas de atuação que se consolide a diretriz do "comando ou

direção única em cada esfera de governo" pela eliminação de qualquer representação política de um nível de poder no âmbito de atuação do outro. Isso diz respeito muito claramente às representações estaduais dos órgãos federais hoje existentes e que invariavelmente acabam por se imiscuir na política das outras instituições estaduais e municipais.

Enquanto esses órgãos federais tinham ou têm serviços próprios funcionando em nível estadual ou municipal, poder-se-ia justificar a representação estadual dos mesmos, dirigida às suas próprias administrações. No entanto, na medida em que seus equipamentos passam às esferas estaduais e municipais, isso não mais se justifica, a não ser sob uma perspectiva autoritária e intervencionista, em desrespeito à independência política entre as esferas de governo.

O que deve ser entendido é que quando um serviço ou uma responsabilidade técnico-política é transferida de uma esfera de governo para outro, como força da aplicação do princípio da descentralização, isso não é uma "concessão" de um nível em relação a outro; e sim a implementação de um direito. Não é o fato de o governo federal continuar a ser a principal fonte de recursos que lhe dá direito de controlar as contas dos Estados e Municípios; o Governo Federal, nesse caso é apenas o responsável pela arrecadação dessa parcela dos recursos, mas a sua aplicação é prerrogativa da esfera de governo que tem (ou terá) a responsabilidade de execução das ações correspondentes.

Cabe sim, ao Governo Federal em relação aos Governos Estaduais e destes em relação aos Municípios, aplicar os critérios definidos em lei para os repasses de recursos e zelar pelo princípio da redistribuição, de forma a evitar concentração de recursos. O controle do uso dos recursos é competência constitucional dos Tribunais de Contas respectivos.

Essa nova lógica deve superar a então vigente, na relação entre as esferas de Governo, (16) já chamada adequadamente de "administração convenial", que preside a Administração Pública Brasileira desde a vigência do Decreto-Lei 200 de 1967, que, no auge do regime autoritário, consagrava o princípio da "centralização normativa e descentralização executiva". Instrumento efetivo para a política centralizadora do regime de então, mas vigente até hoje, foi a base para o estabelecimento da "cultura" de convênios entre o Ministério da Saúde e o INAMPS com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A vigência do SUS exige a eliminação desses instrumentos e estabelecimento de mecanismos claros e transparentes de transferências de recursos. Não se adotar essa prática é como que "apostar" na incapacidade técnica de Estados e Municípios, assim como no insucesso da democracia.

Sem a preocupação de se detalhar atribuições, o que deve ocorrer na Lei Orgânica da Saúde, convém que se tenha clareza dos tipos de funções que, no espírito do SUS, devem caber a cada esfera de governo:

Nível federal:

- Estabelecimento de normas técnicas, especialmente referentes à Vigilância Sanitária e a programas de controle de agravos considerados críticos sob o ponto de vista epidemiológico; essas normas, de caráter geral, segundo a própria Constituição, devem ir até o nível necessário para estabelecimento do "padrão mínimo nacional e que não conflite com a necessidade da sua adequação técnica e metodológica às realidades locais.

(16) Ver a respeito:

MENDES, E.V., O Planejamento de Saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. Brasília, OPS, 1989.

- Estabelecimento e coordenação do Sistema Nacional de Informações em Saúde, referente tanto ao monitoramento epidemiológico quanto ao desempenho do sistema de prestação de serviços.

- Fomento, coordenação e controle do processo de desenvolvimento e incorporação tecnológica no país, relativa a medicamentos, insumos e equipamentos.

- Articulação inter-setorial para a formulação de políticas, especialmente relativas a: formação de recursos humanos, ciência e tecnologia, meio-ambiente, saneamento, abastecimento de alimentos e saúde dos trabalhadores.

- Administração direta de instituições e serviços considerados de referência nacional, de produção estratégica ou de atribuição precípua do Governo Federal, como o controle da saúde em portos, aeroportos e fronteiras; dadas as dimensões nacionais é de se esperar que, especialmente os serviços de referência, venham progressivamente a se regionalizar em nível estadual.

-Cooperação técnica com Estados e Municípios na implementação do SUS e de seus programas.

- Gestão e administração dos recursos federais para o SUS e de suas transferências para Estados e Municípios.

- Coordenação Nacional do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Todas as demais ações de atuação direta sobre a saúde de pessoas e coletividade só deverão ser exercidas pelo nível federal a título de emergência ou exceção temporária e transitória.

Nível estadual:

- Normatização complementar, obedecendo de forma homóloga os princípios do nível federal.
- Implementação em nível estadual, e em articulação com os Municípios, do Sistema de Vigilância Epidemiológica.
- Coordenação, em nível estadual, do Sistema Nacional de Informação em Saúde.
- Articulação inter-social, em nível estadual, com os mesmos objetivos do nível federal.
- Administração de instituições e serviços do SUS de abrangência estadual, como hospitais regionais, laboratórios de referência, institutos de pesquisa, setores de produção de insumos e equipamentos e centros de formação.
- Coordenação estadual do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, assim como a administração de Hemocentros de abrangência regional ou estadual.
- Administração de sistemas de apoio a seus serviços próprios e a serviços municipais, se objeto de acordo com os mesmos como, por exemplo, compra e abastecimento de medicamentos e insumos críticos, transporte, etc.
- Planejamento da rede regionalizada e hierarquizada em nível estadual, em articulação com os Municípios.
- Gestão e administração dos recursos do SUS provenientes do nível federal e aportados em nível estadual, e de transferências a Municípios de acordo com os critérios e normas estabelecidas.
- Execução supletiva, transitória ou temporária de serviços de atenção às pessoas de abrangência municipal,

em casos e situações específicas e mediante acordo com os respectivos Municípios.

- Execução de ações de saúde de responsabilidade federal, por delegação do Governo Federal.

Nível municipal:

- Normatização complementar, até o nível operacional.

- Implementação, em nível municipal, do Sistema de Vigilância epidemiológica e do Sistema Nacional de Informações em saúde.

- Execução das ações de Vigilância Sanitária.

- Gestão e administração das instituições e serviços do SUS de abrangência municipal ou destinados a vários municípios, mediante acordo entre os mesmos e conforme a regionalização e hierarquização estabelecidas em nível estadual.

- Implementação dos programas de controle de agravos, inclusive saúde dos trabalhadores.

- Controle e fiscalização dos serviços de saúde públicos e privados, inclusive quanto à autorização para instalação e funcionamento.

- Celebração, controle e pagamento dos contratos e convênios do SUS com o setor privado.

- Gestão e administração dos recursos do SUS provenientes dos níveis federal e estadual e aportados em nível municipal.

- Articulação inter-setorial no nível municipal, com os mesmos objetivos dos níveis federal e estadual.

- Planejamento da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, em articulação com o nível estadual.
- Implementação no nível municipal do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, com administração de serviços e execução das ações de abrangência municipal.

A descentralização não se esgota, entretanto, no nível municipal. O poder de tomada de decisão deve ir até o nível de Distrito Sanitário (a ser discutido à frente) e mesmo de Unidade Local, o que implica a explicitação, em instrumentos normativos, de funções e atribuições respectivas, para evitar conflitos pela superposição de esferas de poder.

III - Os novos instrumentos de administração e gestão

A observância dos princípios e diretrizes do SUS e as novas funções de cada esfera de governo exigem profundas transformações no perfil das instituições de saúde, em termos de estrutura técnico-administrativa e mecanismos de gestão.

Isto é, faz-se necessário uma correspondência entre estrutura, função e processo decisório.

Além das atribuições referentes a cada esfera de governo, devem informar o processo de reformas institucionais, três princípios/diretrizes essenciais: o comando único, a integralidade e a participação.

Quanto à questão do "comando único", deve haver rearranjos importantes nos três níveis.

Uma interpretação natural da Constituição levaria a que não devesse haver instituição ou serviço de saúde federal que não estivesse sob um mesmo comando, fosse o Ministério da Saúde ou outro que o englobasse. Entretanto o Projeto de Lei Orgânica de Saúde em processo de aprovação abriu algumas "brechas"

nesse princípio, quando permitiu a subordinação a outros ministérios dos Serviços de Saúde Militares, dos Hospitais Universitários, de parte das ações de Saúde dos Trabalhadores, e de serviços de saúde privativos de certas categorias de funcionários públicos da administração direta e indireta.

A incoerência, todavia, compromete não só o princípio de comando único federal, como o estadual, no caso dos Hospitais Universitários, uma vez que na sua totalidade o seu âmbito de atuação é regional ou estadual; e também o princípio da integralidade, ao separar a "segurança do trabalho" das demais ações de controle da saúde do trabalhador.

Não há dúvida, no entanto, que significa grande avanço a incorporação sob uma mesma administração, do INAMPS e das ações tradicionais do Ministério da Saúde.

Como já foi dito anteriormente, o "comando único" em níveis estadual e municipal, passa pela eliminação completa de qualquer órgão federal com poder normativo, executivo ou fiscalizador atuando nessas instâncias. Isso não só feriria a autonomia político-administrativa dessas esferas de governo, como estimularia uma dependência de caráter paternalista que não favorece a auto-suficiência técnico-administrativa desejável.

Por outro lado, se no nível estadual já há estruturas administrativas desenvolvidas e que precisam ser transformadas para assumir suas novas funções, no nível municipal isso ainda é muito incipiente, passando na maioria dos municípios, pela necessidade de criação dessas estruturas.

Assim, uma das ações mais prioritárias para este momento é o esforço conjunto do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde Estaduais e outros órgãos, como o Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM, e o próprio Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, na assistência à essas Prefeituras Municipais, no estabelecimento

das pré-condições administrativas e de um plano de médio prazo para transferência de órgãos, serviços e responsabilidades para os mesmos.

Os gestores desse processo devem ser as Secretarias de Saúde Estaduais que têm condição de ter a visão global da situação estadual e participação supletivamente nas ações que, por insuficiência técnica e/ou administrativa temporária dos Municípios, não possam ser assumidas pelos mesmos.

O que precisa ficar bem entendido e esclarecido, sob risco de inviabilização do processo, é que a transferência, de responsabilidades federais para Estados e Municípios e de Estados para Municípios, não deve representar uma "retirada" das estruturas administrativas e equipes técnicas correspondentes. Isto é, um serviço estadualizado ou municipalizado significa que o comando é que passará a ser estadual ou municipal e que estes deverão continuar a contar com as experiências técnica e administrativa acumuladas no local. Por exemplo, ao se passar um serviço da Fundação SESP para uma administração municipal, este deverá ser transferido completo, com estrutura, equipamentos e técnicos. Senão, estar-se-ia começando do zero, e a instância que transfere, numa atitude de "Pilatos".

É claro que isso supõe também uma estratégia de transição relativa ao pessoal, no sentido de que os funcionários federais e estaduais não percam a sua identidade e direitos funcionais, do que se tratará adiante.

Além da questão da reestruturação dos níveis federal, estadual e municipal para assumirem seus novos papéis, é necessário que se pense também a natureza dessas estruturas, à luz do princípio essencial da integralidade. Isto é, não se deve buscar apenas uma justaposição das novas atribuições e funções sob uma mesma direção. É imperioso tanto a modernização da máquina administrativa para conferir maior

agilidade, eficiência e eficácia às ações respectivas, quanto o desenvolvimento de uma nova lógica de planejamento que confira e assegure integralidade e continuidade entre as ações de caráter coletivo e individual, preventivo e curativo.

Essa mudança talvez signifique o principal desafio para o SUS, na perspectiva da Reforma Sanitária, uma vez que vai defrontar-se com culturas institucionais cristalizadas a partir da longa história de dicotomias e parcializações na compreensão do fenômeno saúde/doença.

No entanto, é um desafio que deve ser enfrentado de forma corajosa, conseqüente e competente. Não se trata de dar um tratamento romântico ou ingênuo, fazendo tábula-raza de todo o conhecimento especializado acumulado em relação aos vários campos de atuação da saúde pública e da assistência médica. Trata-se sim de referi-los ao objeto comum das suas práticas e não aos interesses intrínsecos de cada uma, estabelecendo-se estruturas que permitam uma hierarquização dos processos de decisão e a sua não fragmentação corporativa e programática.

Há para isso alguns instrumentais chaves que precisam ocupar lugar crítico a fim de dar pautas para as decisões operacionais. Entre esses pode-se destacar o Sistema de Informações e, em particular o Sistema de Vigilância Epidemiológica; e o Sistema de Desenvolvimento e Incorporação de Tecnologias. Sem a presença nas estruturas diretivas do SUS desses elementos essenciais, e em posição crítica, é impossível um planejamento racional, conseqüente e relevante, em termos das reais prioridades de atenção.

Em outro nível, já normativo e operativo devem também ser consideradas críticas as estruturas relativas à Vigilância Sanitária e à Organização de Serviços.

As responsabilidades operacionais devem, o mais possível, ser exercidas descentralizadamente, especialmente quando se tratar de estabelecimento passíveis de uma administração

autônoma, como por exemplo as unidades hospitalares mais complexas. Nesse caso, poder-se-ia pensar até em quadros próprios de pessoal, com seleção e contratação nesse nível.

Nessa perspectiva os "programas de controle de agravos" não devem ser considerados dimensões estruturais, mas funcionais, dado seu caráter nem sempre permanente, mas fundamentalmente por implicarem a participação de todos os demais elementos para sua efetivação. O contrário significaria, o que vem tradicionalmente ocorrendo, a reprodução das estruturas-meio em cada programa, numa flagrante irracionalidade administrativa.

É evidente que certos campos de atuação do SUS comportam, seja pela sua natureza ou sua importância estratégica, estruturas com relativa autonomia, como é o caso de institutos de pesquisa, centros de produção, laboratórios de referência, centros de formação, etc.

Como último dos elementos para a efetiva e necessária reforma político-administrativa do setor saúde, com vistas ao SUS e à própria Reforma Sanitária, coloca-se a questão da "participação", princípio já conceitualizado neste trabalho.

Entretanto, algumas considerações sobre a sua aplicação fazem-se necessárias, com o intuito de dirimir confusões habituais.

Em primeiro lugar, a separação entre o que é nível executivo ou operativo, em relação ao nível de tomada de decisão. Isto para que os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados deliberativos em todas as instâncias do SUS não se imiscuam e se "atolem" nas tarefas administrativas e executivas de responsabilidade dos dirigentes do SUS. As responsabilidades dos órgãos colegiados devem ser quanto à definição de prioridades, eleição de estratégias e controle e fiscalização da sua execução. Os níveis executivos devem ter autonomia para a execução da política, por delegação direta da

autoridade superior e indireta da população que elegeu a estes. Os Conselhos são a outra via de participação, chamada direta, que deve ser autônoma, lhe servir de contraponto e prestar-se de elo de ligação imediata com a sociedade civil.

Não parece adequado assim, a escolha de dirigentes pela via dos Conselhos o que atenuaria a responsabilidade das autoridades eleitas em relação aos dirigentes de instituições e serviços.

Os níveis político-administrativos das instituições devem ser responsabilizados pela eficiência e eficácia do processo de prestação de serviços; os órgãos colegiados pela formulação da política e seu controle, incluindo aí o desempenho de dirigentes, equipes técnicas e uso dos recursos financeiros.

Poder-se-ia contra-argumentar que o Poder Executivo fica assim muito limitado. De uma certa forma isso não deixa de ser verdade; o que se deseja, no entanto, é assegurar a democratização das instituições e a relevância e pertinência das decisões, sobre um processo que diz respeito a efeitos diretos e imediatos sobre a saúde das pessoas e que não suporta mais usos clientelistas, politiqueiros e escusos.

Por outro lado deve-se destacar também que a participação da sociedade organizada, e não apenas de dirigentes e técnicos, na formulação e controle da execução das políticas, é o único caminho para se ilidir o pernicioso corporativismo de grupos profissionais que tentam, muitas vezes, sobrepor seus interesses aos da comunidade a que devem servir.

É claro que não é fácil se chegar ao ponto ideal nessa relação, a curtíssimo prazo. Tanto os desvios tecnocráticos, quanto os democratistas são muitos; só a prática, no entanto, pode ensinar os melhores caminhos.

IV - A questão do pessoal:

Talvez não haja, no âmbito do processo de formulação conceitual e estratégico do SUS, área mais discutida e declarada sempre importante e crítica, do que a questão da sua política de pessoal(17) .

Todavia, havendo grande consenso sobre o diagnóstico da área e sobre princípios e diretrizes para seu enfrentamento, há uma grande indefinição sobre uma estratégia clara de enfrentamento do problema.

Deixando-se de lado num primeiro momento a questão da formação e educação continuada do pessoal de saúde, até mesmo por ser caudatária dos elementos relativos à política de emprego e salários, pode-se tentar algumas considerações sobre a organização dessa força de trabalho.

Sem dúvida a atual configuração da força de trabalho em saúde expressa a política anarquicamente estruturada do próprio setor saúde e mais que isso, no âmbito do setor público, a desvalorização do serviço e do servidor público ao longo de décadas(18) .

Pensar pois a questão dos recursos humanos, na sua perspectiva político-administrativa significa buscar o "fio da meada" de um novelo bastante emaranhado e submetido a numerosas forças de tração.

Sob esse foco de análise, os problemas de organização da força de trabalho para o SUS residem nas seguintes áreas críticas:

(17) Ver a respeito:

BRASIL, Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde. Diretrizes para formulação da Política de Recursos Humanos, MS, Brasília, 1987.

(18) Ver a respeito:

NOGUEIRA, R.P., Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, Brasília, OPS, 1986.

- proporcionalidade da participação dos vários tipos de profissionais de saúde na formação das equipes de saúde;
- distribuição geográfica-espacial dos profissionais;
- multiplicidade de tipos de vínculos empregaticios;
- multiplicidade de regimes de trabalho;
- heteronomia salarial;
- conflitos no exercício de funções públicas e privadas;
- inexistência de controle do desempenho profissional;
- organização e prática corporativista dos vários segmentos profissionais; e
- ausência de carreira profissional e de mecanismos gerenciais democráticos e efetivos dos trabalhadores do SUS (profissionais e não-profissionais).

Como se pode daí deduzir, é difícil se estabelecer uma hierarquia de determinações e condicionantes entre essas áreas-problemas. Fica claro também que a possibilidade de equacionamento global passa por definições políticas muito claras e enérgicas quanto à própria estrutura do SUS. Por outro lado, não se pode esperar uma solução mecânica da área, a partir dessas definições estruturais. É necessário que se vá rompendo, por intervenções estratégicas, esses impasses.

Claro está que essas intervenções estratégicas não podem ser medidas isoladas, mas conjuntos articulados que desarticulem a lógica que preside esse pacto perverso entre as políticas públicas e os interesses particulares ou corporativos, na penalização do usuário.

O que torna complexo o problema é também a dificuldade de se estabelecer estratégias nas quais estejam comprometidos os vários níveis de governo, com suas políticas particulares.

Outro elemento que adensa essas dificuldades é o fato de se ter que viver durante um razoável período com situações transitórias, em termos das transferências de equipamentos de saúde de uma esfera de governo para outra, com suas respectivas forças de trabalho que mantêm seus vínculos funcionais originais.

Desde logo surge uma hipótese a se considerar que é a do vínculo público único federal para todo trabalhador do SUS onde quer que esteja lotado.

São óbvias, no entanto, as inconveniências políticas e as consequências técnicas dessa opção, na medida da dificuldade de se associar a autoridade técnico-administrativa de uma esfera de governo com a dependência funcional do profissional de outra esfera; no caso o governo federal.

No entanto, em alguma medida, e ainda que de forma transitória, essa idéia deve ser considerada. Pelo menos enquanto houver funcionário federal exercendo funções em nível estadual ou municipal.

A proposta, no caso, seria de se vincular parte do recurso federal de transferências a Estados e Municípios para pagamento, tanto dos funcionários federais ali atuando, como da complementação necessária à isonomia dos funcionários estaduais e municipais àqueles. Parece ser essa uma das alternativas mais viáveis para superar a inconcebível heteronomia que haverá (e já há hoje) entre profissionais que atuam nos mesmos serviços, executando as mesmas tarefas. Essa vinculação dos recursos de transferência federal iria desaparecendo na medida do desaparecimento dos funcionários federais e estaduais nos níveis estaduais e municipais respectivamente, quando estes níveis assumiriam a responsabilidade global pela contratação e pagamento da sua força de trabalho.

No mesmo tempo, a definição de quadros de cargos, tanto em níveis, como em campos profissionais distintos, será o grande disciplinador da proporcionalidade na composição das equipes de saúde, até pelo seu efeito sobre o aparelho formador.

Outro campo de conflitos consensualmente reconhecido é o da competitividade da prática privada, quando exercida simultaneamente por detentor de emprego público, mas principalmente em função de direção.

As implicações e distorções da "dupla militância" são sobejamente conhecidas e sua superação depende de posição política firme, que deve ser respaldada por dispositivos legais que evitem essa situação. O parasitismo do setor privado em relação ao setor público é algo que tem de ser extirpado como exigência da modernidade nas relações entre os mesmos; para não dizer da moralidade.

Por último, a falta de controle do desempenho técnico-profissional hoje detectado, assim como os efeitos deletérios do corporativismo profissional, são questões que não se resolvem apenas por normas e leis, mas que se alterarão na medida da possibilidade real do exercício do controle social, que tem nos órgãos colegiados do SUS seus instrumentos principais, ainda que não únicos.

Trata-se pois, no tocante à organização da força de trabalho do SUS, de se estabelecer uma nova ética nas relações entre governo, profissionais e usuários que recupere a dignidade profissional pela possibilidade do exercício de uma prática gratificante e técnica e socialmente relevante.

D. ASPECTOS TÉCNICOS-ESTRATÉGICOS

Como já foi dito no início deste trabalho, procura-se reunir neste capítulo algumas questões operacionais que, mesmo supondo definições políticas prévias, têm um componente técnico preponderante.

Sabe-se, todavia, que quase nunca o nível político está esgotado antes da etapa de implementação técnica e que portanto, a própria dimensão técnica está permanentemente sujeita aos determinantes e condicionantes políticos. Daí os conceitos hoje correntes no campo do planejamento que questionam o chamado planejamento normativo, de caráter prescritivo e pouco dialético, em contraposição à abordagem estratégica ou planejamento situacional(19).

No entanto, após ter-se discutido os aspectos mais globais e as alternativas mais críticas ao processo da formulação e implementação do modelo de Sistema Único de Saúde no país, restam algumas questões que merecem uma atenção particular por terem a capacidade de conferirem ou não a qualificação na "ponta da linha", a despeito de toda conceitualização e tomada de decisão sobre o modelo em si:

Trata-se de três elementos principais:

- a organização física da rede de serviços regionalizada e hierarquizada;
- a adequação e qualificação tecnológica dos serviços de saúde; e
- a formação, atualização e reciclagem dos recursos humanos.

(19) Ver a respeito:

RIVERA, F.J.U., A programação local de saúde - os distritos sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. Brasília, OPS, 1988.

I - A organização física da rede de serviços

Característica essencial do SUS, explicitada inclusive na Constituição, absolutamente consensual entre técnicos, a organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços de saúde talvez seja um de seus maiores desafios.

A principal dificuldade reside no fato de que, na maioria das situações, principalmente nas grandes cidades, não se trata de construir uma rede, mas de reorganizá-la a partir de distorções estruturais fundamentais que condicionaram a demanda.

A lógica da regionalização e hierarquização baseia-se na racionalidade mais elementar, do ponto de vista de compatibilização entre estrutura de necessidades e estrutura tecnológica dos serviços. Entretanto, o Sistema de Saúde atual, não planejado por cobertura assistencial, mas apenas em resposta a demandas detectadas no tempo e no espaço e muitas vezes induzidas por interesses particulares e pela "cultura" hospitalar e das especialidades médicas, desenvolveu uma outra dinâmica difícil de ser corrigida a curto prazo e mediante apenas normas e rotinas administrativas.

Há, no entanto, alguns passos e medidas que podem ser empreendidos de imediato.

Plano Diretor

Parece, sensato que a esfera da administração do SUS mais habilitada para a coordenação do Plano Diretor é o nível estadual. Primeiro porque o módulo máximo da rede regionalizada não deverá ser maior que os limites de uma unidade federativa; depois, pela visão de conjunto que cada município, individualmente, terá dificuldade de ter.

Por outro lado, a elaboração do Plano Diretor Estadual não deve ser tarefa exclusiva da Secretaria de Saúde, mas ser desenvolvido com a participação íntima dos setores de planejamento urbano e regional.

Tendo por imagem-objetivo o traçado de uma malha constituída por "estações" e fluxos de demanda, o Plano deve se pautar nos seguintes elementos:

- distribuição geo-demográfica da população; limites geopolíticos;
- malha viária;
- localização dos equipamentos (serviços atuais e sua tipificação, em termos de perfil tecnológico e perfil de demanda; e
- índices de cobertura assistencial.

E, deve propor ações de curto, médio e longo prazos referentes a:

- metas de cobertura assistencial;
- implantação de novos equipamentos;
- redimensionamento dos equipamentos atuais em termos de papel e concentração tecnológica;
- hierarquização entre os equipamentos de forma a que se estabeleçam os "módulos" que tenham por base os serviços de nível primário e por vértice os de nível terciário;
- adscrição desejável de grupos e regiões populacionais aos serviços de nível primário respectivos;
- fluxos de referência e contra-referência entre os serviços; e

- estabelecimento do nível de resolutividade ideal para cada nível de atenção e para cada serviço em particular.

É patente a complexidade dessa tarefa e a impossibilidade de que seja feita completamente em curto espaço de tempo. No entanto, o seu desencadeamento deve ser imediato, ao lado da requalificação dos serviços atuais, especialmente os de nível primário de atenção.

Em primeiro lugar, ainda que a coordenação da elaboração e o monitoramento do Plano Diretor deva ser atribuição de cada Secretaria Estadual de Saúde, os Municípios são partícipes essenciais e nada deverá ser decidido sem consenso.

Por outro lado, e em adição ao anterior, o Plano Diretor implica em um plano de investimentos a ser compartilhado pelas várias esferas de governo, conforme o âmbito dos respectivos serviços.

Quanto à questão da adscrição de clientela aos serviços de saúde de nível primário, isto é, a inscrição e vinculação da população ao serviço de saúde mais próximo da moradia ou do trabalho, mas preferencialmente da residência, a medida deve ser prescritiva e orientadora, mas nunca obrigatória. Mesmo em países de planejamento central forte, como Cuba, isso não funcionou. O que realmente vincula o usuário a um serviço é a percepção pelo mesmo de que o serviço lhe resolve os problemas, ali ele tem um bom atendimento, sem filas, com o profissional que elege. Evidentemente, o processo não se efetiva com espontaneísmo. É necessário que, após a definição, em nível de Distrito Sanitário, da adscrição desejada, haja dois tipos de ação, além daquela de qualificação do serviço para fixação do usuário: uma campanha de comunicação social que oriente a demanda, não só indicando que serviços procurar, mas explicando a sua lógica; e outra, em nível de cada serviço que não deverá negar o atendimento ao usuário teoricamente

vinculado a outro estabelecimento, mas atendê-lo e referi-lo ao serviço mais adequado.

A questão de filas, aqui referida, é um assunto de solução banal, mas de grande impacto sobre o usuário. As experiências de agendamento telefônico associadas à marcação de horário de atendimento e não apenas dia e período, podem equacionar o problema, além de disciplinar o horário de trabalho dos profissionais de atendimento. Na exceção, na falta do telefone, o paciente nunca deverá voltar para casa sem um primeiro atendimento.

Outra questão também importante deve ser o oferecimento do terceiro turno de atendimento. No entanto, entende-se que o terceiro turno não deva ser para o atendimento agendado e funcionamento pleno do serviço. Primeiro, porque essa não é a cultura tradicional dos serviços e nem sempre a demanda regular justificará; em segundo porque deve ser respeitado o direito do trabalhador de se ausentar do trabalho para cuidar da sua saúde.

Implantação dos Distritos Sanitários

Talvez o elemento estratégico mais importante para assegurar a efetividade do SUS em nível local seja a idéia do Distrito Sanitário.

Já amplamente conceitualizado(20), não apresenta, no entanto, consenso absoluto, em termos de abrangência e estratégia de implantação.

Propõe-se aqui algumas considerações a respeito.

Primeiramente convém que se explicita que o Distrito Sanitário não é meramente uma "Regional de Saúde" conforme

(20) Ver a respeito:

MENDES, E.V., Sistemas Locais de Saúde. Brasília, OPS, 1988.

tradicionalmente se divide o Estado para efeitos de administração e planejamento. O Distrito Sanitário é a expressão local do SUS. Assim, ele deve reproduzir, em nível local, todos os seus princípios e diretrizes; e ter a dimensão necessária para que a "autoridade local de saúde" possa assumir a responsabilidade pelas atribuições locais do SUS perante a coletividade e as instituições presentes nesse nível.

Para que isso seja possível é necessário:

- a delimitação geográfica e populacional da área de abrangência do Distrito Sanitário, de forma que viabilize uma ação de planejamento e de gestão ágil e imediata; nesse sentido, não parecem aconselháveis dimensões que não extrapolem a faixa dos 100.000 habitantes, embora isso possa ser variável em função da dinâmica populacional local; o critério de divisão deve ser mais a dinâmica populacional que a área física ou a disponibilidade de equipamentos de saúde;
- a investidura da "autoridade local", do Chefe de Distrito Sanitário, do poder necessário ao exercício das suas atribuições técnicas, políticas e administrativas no nível local; especialmente em relação à Vigilância Sanitária e à administração de pessoal do SUS que atua na área; esse dirigente deve ser visto e atuar como o interlocutor oficial do SUS perante a população, suas organizações e instituições produtivas e de serviços da área.
- que, no âmbito do Distrito Sanitário, existam pelo menos os serviços de nível primário que sirvam de acesso de toda a população à rede de serviços; a existência de outros níveis de atenção dependerá das características da região; os serviços de nível secundário e terciário sempre estarão em um Distrito Sanitário, mas poderão servir a

vários, dependendo da estrutura regionalizada e hierarquizada em vigor; o importante é que a "porta de entrada" esteja sob jurisdição local; os serviços de outros níveis poderão estar sob a jurisdição inclusive estadual, se o estabelecimento for de referência regional; de qualquer forma todos estarão sujeitos à vigilância sanitária do Distrito Sanitário.

4) - que não haja conflitos políticos-administrativos entre a autoridade local e a instância política; isto é, será difícil que um Distrito Sanitário englobe mais de um município, a não ser mediante acordo explícito, como no caso de consórcios inter-municipais; na essência, a dependência político-administrativa do Distrito Sanitário deve ser municipal, podendo haver vários em um município, ou confundir-se com o mesmo(21).

Sem que essas premissas sejam adotadas, o Distrito Sanitário será uma mera divisão técnico-administrativa da rede regionalizada e hierarquizada e não terá a possibilidade de transformar os princípios e diretrizes do SUS em ações concretas de ponta-de-linha; enfim, o próprio SUS não terá condições de se efetivar.

Assim, parece ser uma medida técnico-política estratégica a associação do processo de regionalização e hierarquização, à implantação dos Distritos Sanitários, o que pode ser desencadeado pela designação das autoridades locais respectivas e pela instalação dos Conselhos de Saúde correspondentes, em locais onde possa haver uma convergência de situações técnicas e políticas favoráveis. E esses serão motores que impulsionarão o SUS de "baixo para cima". O que deve-se frisar é que, sem instrumentos globais que assegurem ao SUS suas atribuições e lógica político-administrativa, os

(21) Ver a respeito desses itens:

BRASIL. Ministério da Saúde, Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990. mimeo.

Distritos Sanitários carecem de base para sua sustentação e efetividade e se transformarão em ações puramente voluntaristas e efêmeras.

II - A qualificação tecnológica

Já se tornou lugar comum a afirmação de que a rede de serviços de saúde encontra-se sucateada. Num primeiro momento foi apenas a rede pública, prejudicada pelo desvio dos recursos públicos de investimento para a construção e instalação do setor privado que viria a ser contratado pelo INAMPS. E alguns anos depois, a própria rede privada, na medida da escassez da fonte pública e da sua prática predatória que não reinvestiu no setor, mas apenas o "sugou".

Com raras exceções decorrentes de situações muito particulares tanto no setor público como no privado e também de compras obrigatórias decorrentes de acordos internacionais, o setor quase que estagnou no tocante à sua qualificação tecnológica. Nos últimos anos houve uma tentativa de retomada da questão pelo INAMPS; entretanto, essa preocupação esteve dirigida quase que exclusivamente ao setor de "ponta", de mais alta densidade tecnológica, como é exemplo a Fundação Zerbini com seu INCDR - Instituto do Coração, em São Paulo.

Não se pretende aprofundar aqui a discussão sobre a questão do desenvolvimento, transferência, incorporação e distribuição de tecnologia; alguns estudos tratam do assunto com mais propriedade⁽²²⁾. O intuito destas considerações é mais o de alertar para algumas questões operacionais do SUS, e não do sub-sistema de tecnologia.

A primeira é relativa aos efeitos perversos que podem decorrer da prioridade apenas ao setor de "ponta" que

(22) Ver a respeito:

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, Documento III, A incorporação da Ciência e Tecnologia pelo Setor Saúde, CNRS, 1987.

corresponde ao nível terciário (ou até quaternário) de atenção. Isso porque, enquanto o recurso público vai sendo canalizado para esse segmento do setor público, os demais níveis vão se ressentindo cada vez mais da falta de investimento, perdendo resolutividade e "empurrando" a população para outros sistemas de atenção privados, como seguro-saúde, medicina de grupo, etc.

O que deve-se ter claro e certo é que não há outra forma de se evitar o desprestígio crescente do setor público e conseqüente estímulo ao setor privado que a qualificação daquele, na busca da resolutividade.

Impõe-se pois, em associação com a organização da rede, uma política de investimentos na área de equipamentos.

Todavia essa política de investimentos não pode ser aleatória e respondendo apenas às demandas de reposição e manutenção dos serviços. Ela tem que ser orientada por decisões objetivas quanto ao papel de cada nível de atenção e, em particular, de cada serviço.

É necessário se superar uma fase ideológica de voluntarismo, muito derivada de conceitos equivocados da medicina simplificada, que centrava o processo de atenção quase que exclusivamente no profissional (e de preferência não-médico...)

Tem-se falado muito ao longo dos anos em graus de resolutividade para cada nível do sistema, como o tradicional índice de 80% para o nível primário de atenção.

Ora, essa é uma equação absolutamente desprovida de sentido se não tratada conjuntamente com seus condicionantes e adjetivos. Isto é, para que seja possível estabelecer uma meta como essa é necessário se partir do perfil epidemiológico da população-alvo, definir-se as prioridades da atenção, os

campos de atuação profissional estratégicos e os meios materiais necessários para as ações a serem realizadas.

Assim, o perfil de um serviço de atenção primária numa área urbana densa é completamente distinto do de uma periferia ou área rural. Em um pode estar incluído até a emergência e suportar uma gama de profissionais, enquanto em outro pode ser necessário apenas um profissional geral.

O que é importante, no entanto, é a preservação do princípio de que, se é proposto um determinado papel a ser desempenhado por um serviço na rede e sua correspondente expectativa de resolutividade, sua função deve ser viabilizada pela organização do trabalho e pela densidade tecnológica necessárias e suficientes para lhe conferir eficiência e eficácia.

Apesar, pois da variabilidade necessária tanto para responder a realidades epidemiológicas distintas como a restrições transitórias de recursos (o que deslocará o grau de resolutividade para outro nível de atenção) não se pode mais ter como imagem-objetivo de serviço de nível primário aquele posto de saúde sem equipamentos e sem profissionais de nível superior, especialmente médicos. Numa área urbana é difícil se pensar que o nível primário não inclua: atenção nas três grandes áreas clínicas, odontologia e laboratório hematológico, parasitológico e bioquímico básico, além de radiologia simples; e também todos os recursos humanos e tecnológicos para o desempenho, em nível local dos programas de controle de agravos e de vigilância sanitária.

Não bastam pois atitudes e medidas de gerenciamento eficiente se este não se aplicar sobre recursos pertinentes e adequados. De que adianta um radiologista sem seu equipamento ou um ecocardiógrafo sem o cardiologista? De que serve a capacidade gerencial de um chefe de unidade que tem todos os seus equipamentos danificados?

Além dessas questões relativas à resolutividade dos serviços, é mister dos níveis centrais de administração do SUS a administração da política de incorporação de tecnologia, assim como de distribuição espacial de equipamentos e dos sistemas correspondentes de manutenção. Ao nível federal cabe um papel decisivo no referente ao problema da dependência e da transferência de tecnologia; e, neste caso, não apenas em relação a equipamentos mas também em relação aos insumos, como medicamentos e imuno-biológicos, críticos no processo de prestação de serviços.

III - A Qualificação dos recursos humanos

O objetivo deste tópico é apenas explicitar as frentes de ação que devem ser empreendidas com o objetivo de qualificar a força de trabalho do e para o SUS.

Os diagnósticos da inadequação são muitos e seria monótona a sua repetição(23), mesmo porque são em si bastante modais.

Não custa enfatizar a estreita dependência das questões de perfil, de qualidade e de desempenho profissional às condições de emprego, de trabalho e de controle social. Assim, só se pode esperar eficácia e impacto das ações para qualificação da força de trabalho para o SUS na medida de implementação simultânea ou prévia do conjunto de estratégica e medidas indicadas até aqui neste trabalho. As estratégias de reorientação da formação e de adequação da força de trabalho existente devem ser encaradas como "força auxiliar" e sinérgica de todo o processo de implantação do SUS; nunca sua pré-condição.

(23) Ver a respeito:

SANTONA, J.F. Paranaguá, Formulação de Políticas de Recursos Humanos nos Serviços de Saúde, in: Saúde em Debate (29), 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conferência Nacional de Recursos Humanos, Relatório Final, Brasília, 1987.

Pode-se identificar, de início, dois grandes blocos de ações: um, referente à adequação do processo de formação do pessoal de saúde, outro, de adequação do pessoal já habilitado, ao SUS.

O primeiro bloco subdivide-se, por sua vez, em dois: relativo à formação universitária e o referente à formação de nível médio-auxiliar e técnico.

A Constituição definiu em seu Artigo 200 que "cabe ao Sistema Único de Saúde: (...) III - ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;"

Uma interpretação radical desse preceito levaria a se atribuir ao SUS toda a responsabilidade pela formulação da política de formação de recursos humanos para a saúde. No entanto, como isso poderia conflitar com as atribuições também constitucionais do sistema educacional, em especial com a autonomia universitária, é sensato que se tenha uma compreensão um pouco menos restrita.

Assim, é exigência decorrente desse preceito que o SUS tenha assegurada a sua participação juntamente com os órgãos do sistema educacional na formulação e execução da política de formação em todos os níveis.

Portanto, a primeira medida a ser tomada é a criação junto a todas as instâncias diretivas do SUS de órgãos de integração entre o sistema educacional e o SUS, com poder real sobre a política de formação de pessoal para a saúde.

Nesse sentido, o Decreto nº 98377 assinado em 8/11/ 1989 pelo Presidente da República e pelos Ministros da Educação e da Saúde que estabelece o procedimento para autorização de cursos da área de saúde e que inclui os Conselhos de Saúde no processo decisório, é instrumento forte e competente para coibir os seus tradicionais e conhecidos desvios, quando o critério é meramente cartorial.

Embora o processo de ensino universitário seja passível de numerosas estratégias para a recuperação da sua qualidade e prestígio, como a questão do reforço do setor público e a avaliação docente, insiste-se aqui numa questão pedagógica central que é dissociação/integração entre o ensino e o serviço.

Muito também já foi dito sobre o assunto (24) e não é o caso de se estender aqui nos seus aspectos conceituais e teóricos. Parte-se do princípio de que, apesar de na área da formação de profissionais de saúde seja tradição o "aprender fazendo", não só a possibilidade da prática tem diminuído como atividade planejada, especialmente nas escolas particulares, como a prática ocorre em situações muitas vezes "abstraídas" da realidade global, tanto de epidemiologia quanto de assistência.

É como se os "loci" do ensino fossem protegidos por redomas, ou "encastelados", como já se tornou clássica a referência aos Hospitais Universitários.

Embora as necessidades de financiamento já venham alterando um pouco esse quadro (25) a relação da Universidade com o serviço precisa ser profundamente questionada e recomposta. E o caminho estratégico para isso é o aumento, em toda situação que se oferecer, da superfície de contato entre esses dois conjuntos de práticas. Há três vias privilegiadas para isso: a utilização dos vários níveis e serviços do SUS local e regional como campo de ensino; a inserção do Hospital de Ensino na rede de serviços do SUS, em termos de papel, perfil

(24) Ver a respeito:

RODRIGUEZ Neto, E., Integração Docente-Assistencial em Saúde, dissertação, USP, 1979.

(25) Ver a respeito:

CAMPOS, F.E e GIRARDO, S.N., Nota sobre Proposta de Gestão entre os Hospitais Universitários e as Secretarias Estaduais de Saúde, in: Saúde em Debate (25), 1989.

e gestão; a terceira, a orientação dos estudos e pesquisas acadêmicas para a realidade local, tanto de assistência, quanto epidemiológica, clínica ou tecnológica.

Os resultados devem ser esperados em duas direções: avaliação permanente e qualificação da assistência; e relevância dos conteúdos educacionais.

As resistências corporativas, às vezes disfarçadas de conceituais, no entanto, são grandes e esse é um processo de médio e longo prazos que só se efetivará plenamente quando um terceiro ator passar a ter hegemonia sobre o mesmo, que é o usuário, tanto do serviço quanto do aparelho educacional(26).

No que diz respeito à formação de nível médio, as considerações gerais feitas nos parágrafos anteriores continuam válidas. Entretanto como esse é um setor menos estruturado e cristalizado do que o ensino superior, ele é passível de reorientações mais imediatas, na dependência da vontade política.

Aqui apresentam-se dois tipos de situações que exigem estratégias e metodologias próprias: o ensino regular e a habilitação dos que já se encontram na prática:

O ensino profissionalizante de ^{Generalização por meio} 2º grau não tem sido eficaz para a formação de pessoal auxiliar e técnico da área de saúde. Isso devido ao modelo educacional, especialmente no que diz respeito ao seu setor privado, que encontra dificuldade em estruturar e oferecer as práticas necessárias e relevantes que confirmam as habilidades próprias desses profissionais. Mesmo quando formalmente habilitados, quase nunca possuem a autonomia requerida.

(26) A respeito, ver "video-tape" produzido e disponível no NESP/UnB para o CADRHu - Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, Brasília, 1968.

Assim, se o SUS necessita, tem que investir na formação do seu pessoal, oferecendo o competente profissionalizante para o ensino médico através da criação e manutenção das Escolas Técnicas de Saúde junto às instâncias estaduais e, em muitos casos municipais.

Por outro lado, o pessoal que está em serviço com experiência técnica parcial e sem habilitação formal, precisa ser habilitado e incorporado à força de trabalho qualificada.

A estratégia metodológica que se tem exercitado é do uso dos mecanismos do ensino supletivo associados ao ensino das habilidades técnicas específicas, administrado por Centros de Formação no âmbito do setor saúde. Essa estratégia, já com larga experiência acumulada, é conhecida por "Projeto Larga Escala" e guarda a potencialidade quantitativa e qualitativa exigida pelo SUS(27).

Com referência ao "segundo bloco", há também duas situações específicas a serem enfrentadas.

A primeira é a referente às necessidades de reciclagem do pessoal do SUS em todos os níveis. Talvez esse seja o grande desafio que o SUS terá que enfrentar a curto prazo. As necessidades de treinamento são amplas: nos aspectos gerenciais, nos técnico-profissionais e nos técnico-programáticos.

Isso demandará um grande esforço em todos os níveis do SUS, será impossível a sua efetivação apenas pela via federal do SUS. A participação da Universidade será necessária, assim como de outros centros de ensino e treinamento existentes no país.

(27) Essa experiência, coordenada por Isabel Santos está registrada em "video-tape" produzido pelo NESP/UnB e financiado pela OPS/OMS (1989) e no texto:
BRASIL, Ministério da Saúde, Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor, Área da Saúde, MS, BRASÍLIA, 1989.

No entanto, a experiência acumulada nos últimos três anos pelo Programa de Desenvolvimento Gerencial da CIFLAN - Comissão Interministerial de Planejamento - MS/MPAS/MHC/MTB; executado pelos Núcleos de Saúde Coletiva permite que não se parta do zero, na identificação de estratégias metodológicas adequadas.

Já há cursos modularizados (que supõem o afastamento do pessoal do serviço em períodos curtos periodicamente) dirigidos às questões de: planejamento, recursos humanos, medicamentos, vigilância sanitária, saúde do trabalhador, entre outros.

Embora esses cursos estejam dirigidos a pessoal em nível gerencial, é possível se estender a estratégia para o pessoal operacional; e também se pensar em metodologias de ensino à distância. No entanto, julga-se que o "ensino à distância" deva ser privilegiado para as situações mais regulares e permanentes de educação continuada.

Por último, cabe referência a uma situação nova.

É sabida e reconhecida a escassez de pessoal, especialmente de nível auxiliar e técnico nos serviços de saúde; como também é facilmente identificável certo excesso de pessoal em outros setores, especialmente em atividades-meio. A decisão governamental de "enxugar a máquina" certamente levará à formação de um significativo contingente de pessoas marginalizadas na administração pública. Porque não se pensar em re-profissionalização desse pessoal de acordo com necessidades, do SUS e, evidentemente, de acordo com opção individual?

*A idéia de reaproveitamento dos oficiais não é
 A idéia tem dado certo. Oficial tem sido Oficial em toda parte.*

As escolas técnicas do SUS, junto com SENAC e outras instituições poderiam se encarregar dessa tarefa dignificante para o funcionário público e relevante para o usuário.

E. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do Sistema Único de Saúde é um processo social e técnico complexo e conflitivo. Supõe reorientações nos campos ideológico, político, técnico e econômico.

Sendo assim um processo de médio e longo prazo, aplicado sobre um país de tal diversidade geo-política, cultural, econômica e epidemiológica, a tarefa não se completa em apenas um período governamental.

O momento atual de implementação do SUS indica pois a necessidade de, simultaneamente, se tomar medidas críticas imediatas e preparar o caminho para o amadurecimento, adequação e consolidação do modelo.

Indicadas aqui algumas ações consideradas estratégicas e críticas, propõe-se que, dando desdobramentos a este e outros trabalhos da mesma abrangência, sejam fomentados e estimulados estudos em numerosas áreas que carecem de análises mais profundas para subsidiarem a formulação de políticas e estratégias correspondentes, assim como a reorientação de recursos considerados inadequados, impróprios ou insuficientes.

Nesse sentido, considera-se que os seguintes campos (entre outros) precisam ser melhor compreendidos e, portanto, passíveis de se transformarem em projetos de estudos e pesquisas; alguns de forma individual ou coletiva e outros sob forma de projetos multi-cêntricos, com objetivos comuns aplicados a realidades específicas;

- Desenvolvimento das fórmulas para cálculo dos valores de transferência de recursos dos governos federal e estaduais, a partir dos critérios epidemiológicos e das realidades assistenciais, propostos pelo Projeto de Lei Orgânica da Saúde.

- Características e necessidades da rede física de serviços de saúde.
- Tendências, necessidades e estratégias de desenvolvimento e incorporação tecnológica.
- Tendências e lógicas das modalidades assistenciais privadas.
- Custos operacionais de serviços públicos e privados.
- Necessidades e condições para o Sistema Nacional de Informações em Saúde.
- Análises da força de trabalho em saúde.
- Metodologias didático-pedagógicas para formação, reciclagem e educação continuada.
- Tendências e perspectivas econômico-financeiras para o SUS, em nível federal, estadual e municipal.
- Estratégias e mecanismos de gestão e administração.
- Comunicação Social em Saúde.
- Participação popular.
- Questões programáticas específicas.

Ao se concluir este trabalho deseja-se reafirmar, como medida estratégica de sustentação do SUS, a necessidade da recomposição ou criação dos Conselhos Nacional de Saúde, Estaduais e Municipais.

Mesmo sem a aprovação da Lei Orgânica de Saúde os níveis executivos poderão emitir os atos necessários e fazer dos Conselhos as verdadeiras pedras-de-toque do SUS com suas funções deliberativas e composições representativas, conforme já discutido e proposto pela lei.

Assim, não só o poder executivo estará demonstrando sua efetiva adesão à proposta do SUS, como terá a força necessária à sua implementação.

