

Planejamento e Políticas Públicas

André Cesar Medici

- DESCENTRALIZAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Federico Tobar

- O CONCEITO DE DESCENTRALIZAÇÃO: USOS E ABUSOS

Laura Tavares Soares

- DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO EM REGIÕES METROPOLITANAS: UMA EXPERIÊNCIA NA BAIXADA FLUMINENSE

Maria Alicia D. Uga

- DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRACIA: O OUTRO LADO DA MOEDA

Maria Helena Guimarães de Castro

- DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE: TENDÊNCIAS RECENTES

Silvia M. Porto

- DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS NO SETOR SAÚDE: COMENTÁRIOS SOBRE ALGUMAS PROPOSTAS

Solon Magalhães Vianna / Sérgio Francisco Piola

- DESCENTRALIZAÇÃO E REPARTIÇÃO DE ENCARGOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Federico Tobar

- RESENHA BIBLIOGRÁFICA, DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD, CONCEPTOS, ASPECTOS Y EXPERIENCIAS NACIONALES

5

JUNHO DE 1991

ipea

tar que, sem esta análise, qualquer discussão sobre descentralização é inconclusiva, de forma que nossa proposta neste documento não passou de apenas contribuir para a análise de uma face dessa complexa questão.

BIBLIOGRAFIA

- BENTHAM. *The theory of legislation*. Citado em: MACPHERSON, C. B. *A democracia liberal: origens e evolução*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- BOBBIO, N. *O futuro da democracia – em defesa das regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BORDA, J. Descentralização: uma cuestión de método. *Revista Mexicana de Sociología*. 1989.
- DAHL, R. *Um prefácio à teoria democrática*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. [Trabalho publicado inicialmente em 1956.]
- LOBO, M. T. Política social e descentralização: a experiência do BNDES/FINSOCIAL após 1985. In: MPAS/CEPAL. *Economia e desenvolvimento*. Brasília, 1989, N. III.
- MACPHERSON, C. B. *A democracia liberal: origens e evolução*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MILL, J. S. *Representative government (1910) and collected works*. Toronto: University of Toronto Press, 1965.
- O'DONNELL, G. *Corporativismo e a questão do Estado*. Belo Horizonte: UFMG, 1976 (Cadernos DEP, 3).

Descentralização e Política de Saúde: Tendências Recentes

Maria Helena Guimarães de Castro

PROFESSORA DE CIÊNCIA POLÍTICA – DCS/UNICAMP
DIRETORA ADJUNTA DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS
– NEPP/UNICAMP –
JULHO/1991

INTRODUÇÃO

Um intenso debate sobre as distorções do modelo da política de atendimento à saúde, consolidado no Brasil durante o regime autoritário, ganha corpo no contexto de transição. Estimulado pela efervescência política das lutas autoritárias, pelo aprofundamento da crise econômica e da crise do estado, tal debate tem como eixo central a crítica ao modo de funcionamento do aparato público produtor da política de saúde – seu caráter excessivamente centralizado, burocratizado, privatista e excludente – e suas implicações no processo de democratização. Este debate assume contornos diferenciados nas distintas áreas de intervenção social do estado, mas apenas na área de saúde acabou efetivamente influenciando a agenda governamental e concretizando-se na reforma da política mesmo antes da Constituição de 1988.

Duas soluções político-institucionais são apontadas para a superação do modelo:

- a) a *participação e incorporação* de novos atores na arena decisória, para assegurar maior “transparência” e democratização do processo de formulação e execução das ações de governo;
- b) a *descentralização* como forma de superar a ineficiência do gigantismo burocrático e seus efeitos já tão conhecidos como a superposição de ações, desperdício de recursos, privatização do Estado, etc.

Com efeito, desde Tocqueville, a relação entre governo local – participação e democracia – vem sendo defendida como corolário fundamental do aprofundamento democrático. A autogestão local permite, segundo o autor, desenvolver a compreensão das responsabilidades públicas e privadas de forma mais efetiva, dada a maior proximidade entre governantes e governados na resolução de assuntos cotidianos, estimulando a participação no nível micro como base da democracia enquanto sistema macropolítico.

Mas descentralizar pode significar muitas coisas. A própria tendência à descentralização das políticas sociais nos *welfare states* avançados, sobretudo de meados dos anos 70 para cá, mostrou a ambigüidade de seu signi-

ficado. Tanto o discurso neo-liberal privatizante como as propostas de setores progressistas passaram a defender, sob distintas óticas, a estratégia de descentralização das políticas sociais no contexto de crise e reestruturação dos "estados de bem-estar". São exemplos dessas tendências as reformas das políticas de saúde e de educação, na Itália, cujos objetivos de descentralização político-administrativa foram amplamente reivindicados por partidos de esquerda, assim como o modelo radical de descentralização e privatização das políticas sociais no Chile sob Pinochet.

Além disso, boa parte da literatura recente tem mostrado que, na verdade, a crescente tendência à descentralização das políticas governamentais resultou do próprio crescimento dos aparelhos estatais produtores de política social: expandem-se, simultaneamente, os aparelhos centralizados e os descentralizados (Sharpe, 1988; Ashford, 1988). O paradoxo é que, ao mesmo tempo em que cresce o espectro de ação do governo central (e com ele, o grau de centralização), verifica-se o crescimento do âmbito de ação dos governos subnacionais e do grau de descentralização. Menos do que um fenômeno de "soma zero", configura-se um processo cumulativo onde os processos de centralização e descentralização reforçam-se mutuamente.

Ora, no Brasil, as perspectivas de maior autonomia financeira e política dos estados e municípios, aliados às suas novas atribuições no campo das políticas sociais definidas pela Constituição de 1988, pareceriam apontar para a configuração de um modelo de formulação e gestão de políticas bastante distinto do padrão centralizado anterior. No entanto, algumas recentes iniciativas do executivo federal no âmbito das políticas sociais, no quadro de aguçamento da crise econômica e política, parecem sugerir mais a (re)centralização das decisões na esfera federal. Talvez o sinal mais evidente deste processo seja a recente alteração das regras de transferência de recursos federais para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois na medida em que o executivo federal volta a acionar os tradicionais mecanismos de controle (convênios) e de barganha diretamente junto às prefeituras municipais, recupera-se, na prática, a centralização de recursos de poder decisórios na esfera federal com sérias implicações na gestão do modelo descentralizado.

Neste quadro de incertezas, este artigo examina algumas tendências recentes da descentralização da política de saúde no Estado de São Paulo. Em primeiro lugar, examino alguns dos temas presentes no debate internacional, com ênfase em aspectos conceituais, que a discussão sobre a descentralização do estado tem suscitado na reestruturação das políticas sociais. Em segundo lugar, examino sumariamente as principais tendências que caracterizam a implantação do modelo descentralizado de saúde do Estado de São Paulo. Menos do que fazer uma descrição detalhada, analiso as implicações deste processo na implementação e formas de gestão. Por fim, a título especulativo, discuto as perspectivas que tais tendências sugerem, seus limites e potencialidades nos anos 90.

I O DEBATE INTERNACIONAL: ALGUMAS TENDÊNCIAS RECENTES

Como é sabido, o processo de consolidação do *welfare state* no capitalismo avançado atravessa dois grandes momentos do ponto de vista político-institucional:

i) o desenvolvimento das políticas Keynesianas anticíclicas, sobretudo pós-guerra, expressando um certo compromisso entre capitalismo e democracia (Przeworski, 1985);

ii) e, a reestruturação dos estados de bem-estar, no bojo da crise fiscal dos anos 70 que, em graus diferenciados, atinge as economias desenvolvidas com fortes repercussões na estrutura dos sistemas de proteção social.

De modo geral, os estados capitalistas avançados caracterizam-se, no primeiro momento, por um crescente intervencionismo estatal, processo marcado pelo desenvolvimento de extensos aparatos de políticas públicas, em particular na área social, e por forte tendência à centralização das estruturas de poder e do processo decisório. Em consequência, redefiniram-se as relações estado/sociedade e verificou-se relativo declínio da forma partindo (Offe, 1987) como meio de canalização e agregação das demandas societárias, paralelamente à emergência de novas formas de pressão e participação (neocorporativismo, redes de articulação de interesses sociais e organizados, movimentos sociais, etc). Pode-se dizer, grosso modo, que, até a crise do início dos anos 70, predominou um relativo consenso entre os diferentes grupos e classes sociais em relação aos benefícios resultantes da crescente regulação e intervenção do estado em todas as esferas da vida cotidiana. As políticas de pleno emprego, aliadas à progressiva universalização das políticas sociais e incorporação da classe trabalhadora aos benefícios do desenvolvimento, consolidavam a afirmação da plena cidadania democrática.

Com aguçamento da crise fiscal, do desemprego, surgimento de novos focos de pobreza, vão se afirmando diversas críticas ao modo de funcionamento dos *welfare states*. Refletindo o próprio processo de transformação político-social, essas críticas tendiam a convergir pelo menos em relação a um aspecto: contra o estatismo exacerbado e progressiva burocratização das formas de sociabilidade cotidianas. Tratava-se de pensar alternativas à organização das estruturas de poder e ao modo de funcionamento do aparato público. É neste quadro que o debate sobre a reestruturação do *welfare state* acaba situando a temática de descentralização do estado; da redefinição dos níveis de intervenção governamental; de novas formas de prover políticas sociais, aspectos que ganham destaque particular na área de saúde.¹

De alguma maneira, tanto o pensamento conservador neoliberal como vertentes de esquerda assimilam o debate a respeito da descentralização do es-

¹ A chamada "crise sanitária" dos anos 70 atingiu diversos sistemas de saúde de países desenvolvidos, caracterizando-se por déficits financeiros e desordem institucional, implicando na formulação de reformas substantivas em países como Itália, Alemanha, Espanha, entre outros.

tado, sob ângulos e conteúdos distintos. Para além dos condicionantes econômicos da crise fiscal, que exigiam a redefinição do padrão de acumulação capitalista, tratava-se também de redefinir as relações estado-sociedade, segundo distintas matrizes político-ideológicas, relacionadas em graus diferenciados com a polêmica acerca da crise do paradigma Keynesiano.

Grande parte do debate travado no campo conservador, passa a defender a descentralização radical com o objetivo de reduzir o Estado às suas funções mínimas (Nozick, 1974) – proteção contra a força, o roubo, a fraude, além da garantia dos contratos. Tratava-se de desregular a economia para torná-la mais competitiva; privatizar agências e serviços públicos ou financiar com recursos públicos o consumo de serviços privados (tickets, vales, etc). Descentralizar, deste ângulo, significa transferir responsabilidades públicas para o setor privado, segundo a lógica da “eficiência” e do “lucro”, visando restaurar as responsabilidades individuais através da recomposição moral de regras de solidariedade e de obrigações para com o *trabalho*, dentro do ideário liberal de igualdade de oportunidades. Absolviam-se as elites dominantes de suas obrigações “morais” em relação às políticas sociais, transferindo-se aos pobres, desempregados e excluídos seu fracasso em desempenhar a bom termo suas “obrigações cívicas” de cidadão responsável. Propunha-se a “remoralização do papel do Estado” (Offe, 1987) para recuperar a racionalidade do comportamento dos atores e a lógica liberal de mercado.

Como assinala Offe (1989, 16), na atual ordem econômica – caracterizada por sociedades industriais conduzidas por W.S. desenvolvidos, pela heterogeneidade do trabalho social, por forte tendência ao desemprego e subemprego, por subculturas baseadas na economia informal, pela crescente divisão entre um núcleo produtivo e uma periferia cada vez mais empobrecida – torna-se altamente improvável restabelecer a “confiança na ambição individual e no efeito disciplinado do trabalho” como um dos meios integrativos da sociedade, tal como propõe o pensamento neoliberal.

Num outro plano, análises neomarxistas [Gorz, (1985)] apontam para a “crise da sociedade do trabalho”, seja do ponto de vista ético, seja em relação à teoria do valor, uma vez que o declínio de fatores objetivos como trabalho, produção e lucro, enquanto determinantes do desenvolvimento da sociedade, vêm dando lugar à redução do tempo social do trabalho. Segundo Gorz, provavelmente os membros de “subculturas”, constituídas por pessoal permanentemente desempregado ou “irregularmente” empregado, serão hostis aos valores e normas legais da sociedade do trabalho sobre a qual se montou o *welfare state* contemporâneo.

Também Habermas (1987), a partir de outro enfoque, tem assinalado tendências ao “esgotamento das energias utópicas da sociedade do trabalho” como um dos principais problemas dos *welfare state* contemporâneos. Para o autor, as frustrações da classe operária e de seus ideais coletivistas frente à incapacidade das políticas sociais em promover maior justiça social, aliados à progressiva perda de dinamismo do *welfare state*, reforçam uma cres-

cente contradição entre o poder estatal e o “mundo da vida”. À medida em que o intervencionismo estatal e a crescente burocratização do mundo da vida são percebidos como ameaça perigosa por vários setores da população, trata-se, para o autor, de pensar alternativas que se abrem na sociedade pós-industrial, em que a centralidade do trabalho, como impulso utópico, deslocou-se para o conceito de comunicação e de novas formas de sociabilidade. Neste sentido, um novo projeto de estado social deverá mobilizar arenas sociais – onde fluxos de comunicação condicionam a forma de cultura política a partir da luta por novas definições de realidade – em favor do exercício solidário de governo. Entre essas arenas, o autor destaca os movimentos regionais que supõem a descentralização do poder.

De modo geral, o debate acerca da descentralização do estado, no interior de diferentes tendências de esquerda, tem como principal tema a questão da democratização da administração pública, da burocracia e dos partidos. Argumenta-se que a descentralização pode favorecer o desenvolvimento de modelos econômicos mais equilibrados e socialmente mais justos, através da multiplicação das estruturas de poder (Massolo, 1988) e da redefinição das relações estado-sociedade, ao promover a transformação substantiva das relações do executivo com o legislativo, com o sistema partidário e os movimentos sociais (Preteceille, 1987).

Ao contrário do sentido conservador e privatista da vertente neoliberal, as propostas de descentralização das políticas sociais, no campo progressista, prevêem a transferência de competências e de funções para as esferas regionais e locais implicando em maior divisão do poder decisório. Mas, a descentralização *per se* não altera automaticamente a distribuição dos núcleos de poder. Ela supõe, de um lado, profundas mudanças das estruturas estatais – como as reformas de cunho fiscal, econômico, financeiro, administrativo, além da reordenação territorial. De outro, ela defende a ampliação da autonomia (ou mesmo a plena autonomia) dos municípios em relação aos serviços públicos descentralizados; estabelece a *gestão global e integrada*, portanto não-setorial, das políticas ao nível territorial, mantendo, em geral, o estado central como a principal fonte de recursos [Borja, (1988)]. Propõe-se, assim, um padrão de intervenção descentralizado em vários níveis, com clara definição de competências e de funções, de forma que as unidades locais possam interferir nos processos de formulação das políticas, a partir da criação de instituições representativas locais fortemente ativadas por mecanismos participativos na tomada de decisões e gestão das políticas.

Embora a descentralização não seja sinônimo de participação, parece-me importante frisar dois aspectos que têm sido destacados pela literatura: a)

a) a importância do processo como fonte de estímulo a novas práticas participativas e

b) a combinação de mecanismos de representação tradicionais (partidos, sindicatos) com novas formas institucionalizadas de gestão dos serviços e de políticas descentralizadas a nível territorial (conselhos, comissões, etc.). Ambos os aspectos relacionam-se àquela dimensão enfatizada por Habermas: a importância da mobilização da arena societal na reestruturação do estado social.

Neste sentido, as propostas de descentralização das políticas sociais passam também por novas formas de articulação público-privado, este último entendido como não-lucrativo e não-governamental [(Draibe, 1990)]. Ou seja, para uns, a democratização exigiria maior integração estado e sociedade civil ao nível local, processo que pode ser fortalecido através da produção de serviços sociais financiados pelo estado, mas geridos por associações, corporações privadas não-lucrativas, ONG's, etc., com objetivo de democratizar as relações sociais e recuperar formas participativas cidadãs. Para outros, a descentralização significaria a exclusividade da administração municipal no processo. Ambas expressariam *formas de municipalização* das políticas sociais, como meio de promover-se a descentralização.

Em suma, para além das distinções político-ideológicas, o debate acerca da descentralização compreende aspectos institucionais, financeiros e organizacionais. Seja quando se refere basicamente à transferência de competências como no caso de neoliberalismo, seja quando significa a reestruturação do poder propugnada no campo progressista. Portanto, os problemas concretos presentes nas estratégias de descentralização, entendida como democratização, dizem respeito também a três dimensões principais: a econômica-financeira; a político-institucional e a técnico-administrativa.

No plano financeiro, a pergunta crucial consiste em saber *como vai se dar a transferência de recursos*; que critérios redistributivos ela comporta ou não e, em que medida os mecanismos de repasse têm sua continuidade assegurada. Vale lembrar que a simples transferência automática de recursos não assegura a efetividade do processo, porém, sem descentralização de recursos é impossível lograr-se um maior grau de autonomia decisória nos níveis regional e local.

No plano político-institucional, parece-me importante o grau de *cooperação* e não de rivalidade nas relações intergovernamentais, sobretudo em estruturas federativas, como a nossa, que supõem teoricamente a atuação decidida das três esferas de poder, com competências distintas, mas articuladas entre si. Além disso, como já assinalado, a descentralização concebida como democratização do estado, requer a criação de mecanismos de representação que combinem as estruturas representativas tradicionais (partidos) com novas formas de representação a nível local (comissões de consulta, de planejamento, conselhos gestores com representantes de usuários, etc.).

No plano administrativo, o processo deve ser *gradual e flexível* [(Lobo, 1990)], enquanto projeto de longo prazo que necessita de uma capacitação progressiva dos poderes locais e regionais, obedecendo a ritmos e lógicas distintas que levem em conta as diferenças regionais. Importante, também, é a definição de *mecanismos de avaliação e de supervisão*, ao longo da implementação das políticas descentralizadas.

É a partir dessas três dimensões que examinarei, de modo sucinto, as principais tendências do processo de descentralização da política de saúde no estado de São Paulo, na década de 80.

II DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICA SOCIAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

Um rápido balanço² das políticas sociais implementadas no estado de São Paulo na década de 80 revela, pelo menos, três grandes tendências: a centralidade das políticas sociais na agenda de governo; a significativa expansão da cobertura e dos equipamentos coletivos; a definição de programas e políticas caracterizados por alguma forma de descentralização.

Considerando apenas este último aspecto, observou-se no estado ampla variedade de programas descentralizados em distintos setores de intervenção social: a descentralização da merenda escolar, a partir de 1983; a municipalização da política de saúde, a partir de 1984; a estadualização da política habitacional, a partir de 1984; a desconcentração administrativa na área educacional, a partir de 1986; tentativas de municipalização do ensino fundamental e pré-escolar, a partir de 1987; a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – a partir de 1987.

Tomadas em conjunto, estas iniciativas expressam tendências relacionadas a um contexto específico ligado ao processo de democratização e seu impacto sobre o nível estadual de atuação, uma vez que a eleição direta dos governadores tornou central o tema das políticas sociais na sua esfera de intervenção. Portanto, menos do que expressar uma dinâmica que se desenvolve a partir das esferas locais de poder, esse movimento parece ter como eixo impulsionador o próprio executivo estadual. De um lado, porque as políticas sociais federais, ao longo deste período, caracterizaram-se por relativa tendência à paralisia decisória, com a única exceção da política de saúde.³ De outro porque, com o retorno da escolha direta dos governadores e a crescente competição política entre partidos e programas de governo, a possibilidade de ações inovadoras na área social passa a ter peso na agenda, em grande medida como respostas às reivindicações sociais por mais igualdade e participação.

Em consequência, tais iniciativas parecem ter originalmente um baixo grau de vinculação com reivindicações por plena autonomia das esferas lo-

² Este item beneficia-se integralmente de pesquisas desenvolvidas pelo NEPP/UNICAMP: "Mudanças no Padrão de Intervenção do Governamental – 1983/1986", relatório final de pesquisa sob a coordenação de Sonia Draibe; "Governo do Estado de São Paulo: Políticas, Programas e Atividades", relatório de pesquisa sob a coordenação de M. Helena G. de Castro (1988); Programa de Pesquisa em andamento "São Paulo – Século XXI", coordenado por S. Draibe, V. Faria e M. H. G. Castro (1990).

³ Um bom balanço das políticas sociais no Brasil entre 1980-1987 encontra-se em NEPP/UNICAMP. Brasil 1985 (2 vols.); Brasil 1986; Brasil 1987; sobre o fracasso das tentativas de reestruturação na Nova República ver Draibe (1986) "Notas Desanimadas sobre Políticas Sociais na Nova República", mimeo, NEPP/UNICAMP; e Faria e Castro (1989) "Política Social e Consolidação Democrática no Brasil".

cais. A despeito de terem surgido, desde o final dos anos 70, importantes movimentos localistas⁴, as iniciativas de descentralização tiveram no governo estadual um parceiro decisivo, num contexto de significativas mudanças políticas e sociais.

II.1 – Descentralização da Política de Saúde

Profundas mudanças caracterizaram a área de saúde no Estado de São Paulo, ao longo dos anos 80⁵. Influenciada pelas reformas em curso no plano internacional e, sobretudo, por fatores *internos* que refletiam o esgotamento do padrão de política de saúde⁶ consolidado no pós-64, a reestruturação da política nacional de saúde ganhou prioridade na agenda federal, nos marcos da transição do regime, e revelou-se particularmente dinâmica no Estado de São Paulo.

No plano nacional, a constituição de uma rede única de atendimento à saúde, integrada, hierarquizada e descentralizada em sua gestão, e com base em novos mecanismos de financiamento, coloca-se como alternativa real. Em agosto de 1982, é aprovado o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”, o qual acabou funcionando sobretudo como instrumento de contenção de despesas. A principal consequência deste processo foi a implantação das “Ações Integradas de Saúde” (AIS), em 1983, estratégia de integração programática das ações de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, que acabou convergindo para a constituição do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), implantado em 1987, transformado em Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988.⁷

Pautado pelos princípios de universalização, descentralização e participação⁸, o novo sistema prevê um comando *único* em cada nível de gover-

⁴ Como, por exemplo, o movimento dos prefeitos articulados na Frente Municipalista reivindicando maior autonomia financeira; movimentos organizados em torno de demandas setoriais (como a Associação dos Secretários Municipais de Saúde; a criação da União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação) além de uma série de movimentos sociais organizados ao nível local (Cardoso, 1983 e 1987; Jacobi, 1987; Boschi, 1985).

⁵ Uma distribuição detalhada das mudanças ocorridas encontra-se em *Vianna et alii* (1990) “A Política de Saúde no Estado de São Paulo”, NEPP/UNICAMP, Rel. Final de Pesquisa.

⁶ No Brasil, a crise financeira da Previdência Social (responsável pelo financiamento da política de saúde) e a importância do debate sobre a reforma do sistema, liderado pelo movimento médico-sanitarista, no contexto da transição, foram fatores decisivos para a reestruturação do modelo.

⁷ Ao longo da transição, amplia-se o espectro de interesses organizados que pressionam por mudanças no modelo de Saúde, como o movimento médico-sanitarista, associações profissionais (ABRASCO), grupos partidários do Congresso Nacional, todos eles com peso significativo na constituição da “Comissão Nacional de Reforma Sanitária e na VIII Conferência Nacional de Saúde, que definiram as mudanças na política antes mesmo da nova constituição.

⁸ A reforma inspirou-se, sobretudo, nas mudanças ocorridas no sistema de saúde italiano, no final dos anos 70, cuja estrutura organizacional passa a ter como porta de entrada básica as unidades locais de saúde.

no – federal, estadual e municipal – até a implantação de sistemas locais de saúde, que priorizem as ações preventivas e o setor público, integrados por novos mecanismos de gestão. Com a implantação do SUDS, foram instituídas as comissões interinstitucionais de gestão, ao nível local (CLIS) e regional (CRIS), com o objetivo de promover a integração entre os três níveis de governo, cabendo à esfera federal o repasse de recursos para as secretarias estaduais de saúde. Atualmente, vêm sendo implantados os Conselhos Municipais de Saúde, com representação paritária (executivo/prestadores/profissionais do setor e usuários), encarregados da formulação e controle da política em âmbito local.

Portanto, as mudanças ocorridas na esfera *federal* tiveram como *interlocutores e executores* os estados da União, razão pela qual a política de saúde no Estado de São Paulo passa a incorporar as mesmas diretrizes e prioridades da agenda federal. Porém, no caso de São Paulo, algumas iniciativas estaduais tenderam a se *antecipar* às diretrizes da política federal, constituindo-se em fatores que facilitaram a implantação do modelo descentralizado. Entre essas destacam-se:

1. a implantação da *municipalização*, desde 1984, através de convênios entre o estado e municípios para o repasse de recursos, processo acelerado a partir de 1987 através do decreto-lei estadual (30/6/87) que delega ao Secretário de Saúde, competência para firmar convênios de municipalização dos serviços;
2. a implantação do Programa Metropolitano de Saúde, a partir de 1985;
3. a implantação de uma nova estrutura organizacional com a descentralização dos serviços através da criação dos escritórios regionais de saúde (ERSAS).

Em termos gerais, essas mudanças tiveram por objetivo básico a reestruturação organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, no sentido de romper com as características do modelo centralizado prevalente, marcado por ausência de planejamento integrado; sobreposição de ações pelos diferentes níveis de atendimento; excessivo burocratismo na operacionalização do sistema departamentalizado sob a ótica da especialização; acentuada distância entre os níveis de decisão e execução.

Cabe assinalar, também, a criação do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), em 1978, o qual se transformou em importante instrumento de captação e alocação de recursos *extra-orçamentários*, a partir dos convênios AIS com o governo do Estado de São Paulo.

Foi, sobretudo, com a implantação dos ERSAS no Estado, que avançou-se no processo de descentralização. Concebidos a partir de uma nova lógica, os ERSAS passaram a privilegiar os níveis local e regional. Coube a eles coordenar o processo de planejamento em consonância com o nível central; responsabilizar-se pela execução dos programas de saúde e pela avaliação de seus resultados e impactos; e, através das Comissões Regionais Interinstitu-

cionais de Saúde – constituídas por representantes dos usuários e do setor público – conduzir o processo de planejamento de todo o setor saúde em âmbito regional (incluindo os órgãos federais, municipais e privados).

Com a implantação do SUDS, a partir de 1987, consolida-se a integração dos serviços estaduais com a rede do INAMPS e o processo de municipalização dos serviços. Promove-se a integração funcional dos funcionários do INAMPS aos ERSAS; é aprovado um modelo básico de convênio; criam-se mecanismos para compatibilizar o sistema de gestão orçamentário-financeira entre as várias instituições participantes do SUDS; os ERSAS transformaram-se em SUDS regionais; o governo estadual torna-se responsável pelo pagamento dos serviços ambulatoriais prestados pelo setor privado contratado e conveniado; e, por fim, em 1989 são transferidos aos municípios os equipamentos de saúde geridos pelo governo do estado, com vistas à municipalização do sistema prevista pelo SUS.

Em suma, modifica-se a *lógica de funcionamento* da política de saúde, na medida em que as atribuições e competências da esfera federal transferidas para os níveis estadual e municipal passam a ter funções claramente definidas. Isso só foi possível, de um lado, porque a reformulação da política federal através do SUDS/SUS estabeleceu condições efetivas para a concretização do modelo descentralizado, integrado e hierarquizado, ao definir os instrumentos de *financiamento* das mudanças propostas. De outro, porque as iniciativas governamentais no Estado de São Paulo, sobretudo entre 1983/90, constituíram-se em fatores decisivos para a implementação da descentralização.

Mas, se houve no estado um avanço considerável no processo de descentralização, as tendências detectadas até dezembro de 1990 apontam ainda para complexos entraves.

No *plano financeiro*, se é verdade que houve na década uma forte expansão do gasto estadual na função saúde – à medida em que ocorre a expansão dos recursos do Tesouro do Estado e a transferência dos recursos do INAMPS, via FUNDES, para a Secretaria Estadual de Saúde – é também verdade que a implementação do SUS implica em tendência à expansão dos níveis de *custeio* do sistema (Gráfico 1). Isso porque o princípio da *universalização* da cobertura provoca a ampliação dos serviços, como indicam a expansão do número de consultas (Tabelas 1, 2 e 3), de internações e do emprego público no setor saúde, ao longo da década. Vale ressaltar que, em 1989, o FUNDES exigiu uma contrapartida do Tesouro da ordem de 50% do total de recursos alocados [(Viana, 1990)].

A permanecer esta tendência ao crescimento do volume de recursos do Tesouro Estadual para bancar o sistema, serão *imprevisíveis* os constrangimentos financeiros à implementação do SUS. De um lado, porque a alocação de recursos do Tesouro exige a autorização do governador e a participação da Secretaria de Saúde no processo de barganha junto às outras secretarias do estado. O *financiamento estará, assim, dependendo de decisões políticas e das prioridades da agenda*. De outro, as atuais características do perfil

Tabela 1
Evolução do número de estabelecimentos de saúde sem internação da Rede Pública - Informantes do Sistema de Produção de Serviços da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo - 1980/89

ANOS	UNIDADES INFORMANTES	
	N	EVOLUÇÃO
1980	824	100
1985	1.095	132,85
1987	1.307	158,61
1988	1.423	172,68
1989	2.041	247,69

FONTE: CIS - SCS
Reproduzido de NEPP/UNICAMP, São Paulo no Limiar do Século XXI, Rel. Final vol. II, dez. 1990.

Tabela 2
Evolução do número de consultas médicas produzidas em programas básicos(*) na Rede Pública de Unidades Básicas de Saúde, incremento e concentração da atividades na População para a Grande São Paulo, interior e Estado de São Paulo - 1980/1989

ANOS	GRANDE SÃO PAULO			INTERIOR			ESTADO DE SÃO PAULO		
	Nº DE CONSULTAS	% INCREM.	CONC. CH/HAB	Nº DE CONSULTAS	% INCREM.	CONC. CM/HAB	Nº DE CONSULTAS	% INCREM	CONC. CH/HAB
1980	1.399.343	-	0,11	3.005.666	-	0,24	4.405.009	-	0,18
1985	3.226.783	130,59	0,21	5.612.574	86,73	0,40	8.839.357	100,67	0,30
1987	4.479.419	220,11	0,28	8.078.766	168,78	0,55	12.558.185	185,09	0,41
1988	9.108.567	550,92	0,55	14.057.872	367,71	0,93	23.166.439	425,91	0,74
1989	8.256.313	490,01	0,49	14.496.926	383,32	0,94	22.753.240	416,53	0,70

FONTE: CIS/BOLETINS DE PRODUÇÃO 1980/1989
POPULAÇÃO UTILIZADA PARA CÁLCULO DE CONCENTRAÇÃO FORNECIDA PELA FSEAD.
(*): EXCLUÍDAS AS CONSULTAS POR ATESTADOS, LAUDOS E CARTEIRAS

Reproduzido de NEPP/UNICAMP, São Paulo no Limiar do Século XXI, Rel. Final vol. II, dez. 1990.

Tabela 3

Evolução da Produção Média Anual nos Programas Básicos por Unidade Básica de Saúde na Rede Pública informante do Sistema de Produção de Serviços da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – 1980/1989

ANOS	Nº DE UNIDADES	CONSULTAS MÉDICAS/ANO	Consultas MÉDICAS/ANO média/unidade
1980	824	4.405.009	5.346
1985	1.095	8.839.357	8.072
1987	1.307	12.558.185	9.608
1988	1.423	23.166.439	16.280
1989	2.041	22.753.240	11.148

FONTE: CIS/BOLETINS DE PRODUÇÃO 1980/1989
Reproduzido de NEPP/UNICAMP, São Paulo no Limiar do Século XXI,
Rel. Final vol. II, dez. 1990.

epidemiológico da população paulista indicam a necessidade de altíssimos investimentos no setor saúde, sobretudo em programas de *adulto*, para capacitar o sistema face às demandas resultantes do envelhecimento da população. Fato que também reforça as perspectivas de crescimento do gasto.

No plano *político-institucional*, um dos aspectos positivos refere-se, certamente, ao grau de *complementariedade* nas relações intergovernamentais, com competências e atribuições distintas e integradas, no *plano formal*. Entretanto, na prática, as estruturas descentralizadas – os SUDS regionais – não têm sido capazes de atuar como *instância política* de coordenação dos serviços, ao nível regional, pois as *prefeituras municipais* tendem a dominar as comissões gestoras (locais e regionais) de saúde e a estabelecer canais próprios de comunicação com a Secretaria Estadual de Saúde. Isso tem causado novas formas de *cooptação na articulação entre o setor público e o privado*, reproduzindo novos particularismos que contrariam a concepção do modelo⁹ e favorecem o fortalecimento de *corporativismos locais* em disputa por recursos públicos e pelo monopólio dos convênios. Um exemplo disso é o boicote do setor privado ao funcionamento do sistema, utilizando-se, muitas vezes, dos prefeitos como porta-vozes de seus interesses.

Neste sentido, embora a descentralização da política de saúde tenha levado à instituição de *novas formas de representação nos níveis locais e regio-*

⁹ Por este modelo, cabe ao setor público supervisionar e fiscalizar o setor privado contratado (lucrativo) ou conveniado (não lucrativo), dando preferência, sobretudo, à atuação do setor público na prestação de serviços e, secundariamente, ao conveniado.

nais (CLIS e CRIS), elas têm atuado como meras instituições burocráticas sem qualquer papel deliberativo na gestão do novo modelo. O processo de descentralização formaliza-se e passa a ocorrer uma nova *centralização* na esfera estadual, a partir da articulação direta entre a Secretaria Estadual de Saúde/prefeitos municipais. De outra parte, a *municipalização da saúde*, até o início de 1991, processa-se através dos *convênios* entre estado e municípios, os quais constituem-se em mecanismos frágeis de sustentação do sistema público de saúde, porque introduzem critérios políticos na negociação de recursos e podem resultar em maior grau de heterogeneidade dos serviços prestados. Por fim, cabe lembrar que após a votação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8142/90), em dezembro de 1990, foram definidos formalmente os *meios* que nortearão a execução da política de saúde: convênios diretos dos municípios com a *esfera federal*, fato que sem dúvida aponta para a *(re)centralização* da política.

No plano *organizacional e administrativo*, os principais problemas enfrentados pelo SUS no Estado de São Paulo referem-se à ausência de condições materiais adequadas, que vão desde a insuficiência quantitativa de recursos humanos até a falta de assessoramento técnico do nível central. Além disso, inexistem *sistemas de gerenciamento regionais* adequados e capacitados para desenvolver esquemas de planejamento calcados nas diferentes realidades regionais. Essa tendência sugere entraves complicados à efetividade da política, pois seu desenho original supõe a integração dos *serviços locais* de saúde por *estruturas regionais de gerenciamento*, as quais, por sua vez, são integradas à uma coordenação central com papel normativo, para evitar a heterogeneidade de procedimentos e a superposição de ações.

Dessa forma, embora a implantação *gradual e flexível* do sistema descentralizado tenha permitido o avanço progressivo do processo através de um conjunto de intervenções (AIS, municipalização, ERSAS, SUDS, SUS) ao longo da década, com forte impacto na progressiva universalização da cobertura, são ainda precárias as formas de supervisão e de avaliação do funcionamento do novo sistema de saúde.

II.2 – As perspectivas dos anos 90

Este rápido balanço do processo de municipalização da política de saúde no Estado de São Paulo aponta para três tendências principais. Primeiro, uma forte tendência à *setorialização* de política e não a sua *integração* ao nível territorial contemplando as particularidades dos serviços e necessidades locais dentro de um projeto articulado, seja do ponto de vista do desenvolvimento urbano, seja em relação à gestão integrada do conjunto de intervenções regionalizadas na área social.

Em segundo lugar, predomina ainda um *baixo grau de institucionalização* do modelo assistencial como, por exemplo, o convênio como forma de repasse negociado, fator que exacerba os entraves enfrentados quanto à questão

dos recursos necessários à *continuidade* da política, além das dificuldades em imprimir às ações de saúde em caráter mais preventivo do que curativo, tal como previa a concepção original do sistema.

Por fim, as avaliações existentes mostram que *não se avançou em relação à questão da participação*. Mesmo nos casos onde foram instituídos novos mecanismos de gestão, como as comissões interinstitucionais locais e regionais de saúde, com ampla representatividade dos setores envolvidos na implementação do programa, efeitos “não previstos” no seu desenho original parecem indicar a emergência de novas formas de cooptação do setor privado vinculado à produção de serviços de atenção à saúde, ao nível local. Além disso, as comissões acabaram tendendo a exercer papéis meramente burocráticos enquanto foi se fortalecendo o poder dos prefeitos no sistema decisório.

Ora, as novas regulamentações da implementação do SUS (Resolução 258 de 7/01/91 e norma operacional básica de 7/01/91, do Ministério da Saúde), parecem sugerir novos entraves à efetiva descentralização da política de saúde e à consolidação do novo modelo assistencial.

Em primeiro lugar, não foi implantado o *repasso automático* tal como previa a lei original, com base em critérios populacionais, perfil epidemiológico, gasto proporcional em saúde dos estados e municípios, capacidade instalada, desempenho técnico-financeiro e previsão do Plano Quinquenal de Investimento. Segundo a regulamentação atual [(Viana, 1991)], as transferências¹⁰ são feitas a partir de *convênios diretos* com os municípios prestadores privados de serviços, tendo como base critérios demográficos e de produção (atos médicos). Neste sentido, além da manutenção dos “cartórios políticos” e das formas clientelistas de barganha, a nova sistemática mantém a mesma indefinição em relação à *continuidade* do processo, tal como verificado anteriormente.

Em segundo lugar, o pagamento à rede pública ambulatorial por produção gera uma série de distorções desde a ausência de recursos destinados a programas especiais (AIDS, hanseníase, educação em saúde, etc.) até a “falta de tradição do setor público em contabilizar as ações curativas e preventivas da mesma forma que o setor privado” [Viana (1991): p. 4]. Neste sentido, as atuais perspectivas apontam para tendências produtivistas no sistema e progressivo afastamento da ênfase na assistência integral à saúde segundo a lógica preventiva.

Em terceiro lugar, as novas regulamentações afetam diretamente o processo de descentralização e municipalização. Como a base de sustentação do

¹⁰ A Lei 8142/90 define os seguintes pré-requisitos para transferência de recursos a estados e municípios: formação dos conselhos de saúde; fundos de saúde e planos de saúde aprovados pelo conselho e referendado pelo executivo; relatório de gestão local; Comissão de elaboração do plano relatório de gestão local; Comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários; além de expandir o teto de carreira, cargos e salários; além de expandir o teto mínimo de repasse aos municípios para 70%.

sistema passa a deslocar-se do setor público e do privado não-lucrativo em direção ao setor privado especializado e às prefeituras de grande porte, introduz-se uma certa “inampização” na municipalização do sistema (ibid, p. 5), com sérios rebatimentos nas ações de saúde coletiva, totalmente dependentes dos orçamentos estaduais e municipais, além das óbvias dificuldades que deverão ser enfrentadas pelos municípios menores. Além disso, a nova sistemática de repasses praticamente *elimina o papel do governo estadual* como supervisor do sistema ao nível regional, abalando assim a tentativa de integração coordenada e hierarquizada dos serviços no espaço territorial e ferindo diretamente o princípio de cooperação entre as três esferas de poder enquanto base do federalismo.

Por fim, do ponto de vista da gestão do sistema, é possível que a instituição da representação paritária nos Conselhos tenda a minimizar o predomínio do poder dos executivos locais na condução da política. Entretanto, dado o baixo grau de organização da população, a fragilidade dos partidos políticos, e o fortalecimento do setor médico privado local, provavelmente os processos decisórios permanecerão à mercê das pressões corporativas e do clientelismo local, ambos fortemente manipulados pelas prefeituras municipais.

De todo modo, as variações nas formas de descentralização ao nível local deverão ser fortemente condicionadas por fatores como porte dos municípios, sua estrutura sócio-econômica e tradição de luta política. Mesmo que prevaleça a tendência à descentralização setorializada, determinadas condições locais serão decisivas para a concretização da descentralização da política de saúde, com diferentes graus de integração intersectorial na esfera local e de participação na gestão.

Talvez, neste quadro, o Estado de São Paulo apresente condições relativamente mais favoráveis ao processo de municipalização.

Primeiro, devido à forte tendência em direção à industrialização do interior e à perspectiva de desconcentração regional dos benefícios (e dos malefícios) do desenvolvimento. Mesmo sabendo que as desigualdades regionais ainda permanecerão, os diagnósticos já disponíveis revelam relativa melhoria dos indicadores sociais nos anos 80, sobretudo, no interior do estado.

Em segundo lugar, inúmeras tentativas de descentralização vêm tendo lugar, nos últimos anos. É possível dizer que ganha força, no estado, a idéia de que não só a descentralização é politicamente desejável, mas que isso responde às demandas das sociedades locais e às formas como elas têm se organizado.

Por fim, já há indícios de que o processo de municipalização da saúde no estado vem resultando em forte expansão dos serviços e da cobertura¹¹, para além de uma pluralidade de ações inovadoras desenvolvidas em várias cida-

(11) Pesquisa em andamento, desenvolvida pelo NEPP/UNICAMP em 46 municípios do Estado de São Paulo, mostra significativo aumento da participação das prefeituras municipais nas áreas sociais.

des, seja do ponto de vista do conteúdo dos programas, seja em relação ao crescimento do gasto municipal nas áreas sociais e investimento no setor saúde, refletindo provavelmente os impactos da reforma tributária.

Em conclusão, caso a descentralização venha a ser implementada no bojo de um projeto político preocupado com a consolidação da democracia e reestruturação do papel do estado em relação às políticas sociais, muito provavelmente os anos 90 serão palco de mudanças inovadoras e plurais no âmbito das formas de gestão, com ganhos substantivos para a democratização da vida política local. Caso contrário, a municipalização via transferências negociadas tenderá a fortalecer os tão conhecidos particularismos e clientelismos característicos do sistema político brasileiro, acentuando ainda mais o grau de desigualdade e heterogeneidade que tem marcado nossa estrutura social.

BIBLIOGRAFIA

- ASHFORD, Douglas (1988). "Descentralization and the Welfare State" in: B. Dente e F. Kjellberg. *Institutionalizing Local Government*, SAGE.
- BORJA, Jordi (1988). *Estado Y Ciudad – Descentralización Política Y Participación*, Barcelona: PPU
- CARDOSO, Ruth (1983). "Movimentos Sociais Urbanos: Balanço Crítico", in M. Hermínio T. de Almeida e B. Sorg (orgs) *Sociedade e Política no Brasil Pós-64*, S. Paulo: Ed. Brasiliense.
- (1985). "Formas de Participação Popular no Brasil Contemporâneo", S. Paulo: Rev. da Fundação SEADE, v. 1, nº 3.
- CASTRO, Maria Helena Guimarães de (1991). "Descentralização e Política Social no Estado de São Paulo: Tendências e Perspectivas, Revista CEPAM, ano II, nº 1, janeiro.
- CASTRO, Maria H.G. de e Faria, Vilmar (1989). "Política Social e Consolidação Democrática no Brasil", in: Alexandrina S. de Moura, (org.) *O Estado e as Políticas Públicas na Transição Democrática*. Ed. Vértice, S. Paulo, 1989.
- GORZ, "On ne travaillera pas et on mangera quand-même, mimeo, 1985.
- HABERMAS, Jurgen. "A Nova Intransparência – a Crise do Estado de Bem Estar Social e o Esgotamento das Energias Utópicas", *Novos Estudos Cebrap*, nº 18, set. 1987.
- JACOBI, Pedro (1987). "Movimentos Sociais Urbanos no Brasil: Reflexões sobre a Literatura dos Anos 70 e 80", Rio de Janeiro: *BIB*, nº 23.
1990. "Descentralização Municipal", São Paulo: *Revista CEPAM*, ano 1, nº 3, julho/setembro.

LOBO, Maria Thereza (1989). "Política Social e Descentralização: a Experiência do BNDES/FINSOCIAL Pós-1985", *Economia e Desenvolvimento*, nº 6, Brasília: em Tempo de Crise: Articulação Institucional e Descentralização, Volume 3.

- MASSOLO, Alejandra (1988). "Em Direção às Bases: Descentralização e Município", São Paulo: *Espaço & Debates*, ano VIII, nº 24.
- NUNES, Edisom (1986). "Carências Urbanas e Reivindicações Populares" in ANPOCS: *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo: Cortez Editora.
- OFFE, Claus. "A Democracia contra o Estado de Bem Estar?" in: Claus Offe. *Capitalismo Desorganizado*, São Paulo, Brasiliense, 1989.
- PRETECEILLE, Edmond (1987). "La Decentralisation: pour qui, pour quoi? Paris: IRESCO, mimeo.
- (1988). "From Centralization to Decentralization: Social Restructuring and French Local Government", mimeo.
- REZENDE, Fernando (1990). "Notas Preliminares para Discussão no Workshop Sobre Cenários Institucionais Para os Anos Noventa" (mimeo).
- SHARPE, F. (1988). "Descentralization and Growth of the Modern Democratic State, *European Journal of Political Research* Nº 16, special issue, december.
- VIANA, Ana Luiza et alii (1990). "São Paulo: A Política de Saúde, Anos 80", Campinas: NEPP/UNICAMP, *Cadernos de Pesquisa* nº 18 (no prelo)
- (1991). "Uma Tentativa de Avaliação das Mudanças da Política de Saúde, NEPP/UNICAMP, mimeo.
- ZIJDERFELD, A.C. "The Ethos of the Welfare State". *International Sociology* 1, nº 4, 1986.