LUCIANO A. PRATES JUNQUEIRA

MUDANÇA UMA CAUSA COMPARTILHADA: DO ERSA AO SUS

**Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção de
título de Doutor em Saúde Pública
área de concentração:
Serviços de Saúde**

Orientador

Prof. Dr. José Carlos Seixas

SÃO PAULO

1996

Aos meus filhos Rodrigo e Mariana,
mudar é compartilhar a esperança.

Aos meus pais Osmano e Nair.

AGRADECIMENTOS

Esta tese resulta de trabalhos de pesquisa e consultoria realizados pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP no setor saúde nas décadas de 80 e 90. Esses estudos dos quais participei dão conta dos diferentes momentos da mudança do setor no Estado do São Paulo. Está centrado principalmente nos seguintes projetos:

- Consultoria à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que se desenvolveu em duas frentes: junto ao Programa Metropolitano de Saúde, 1984-1987, e a própria Secretaria da Saúde no processo de sua reorganização, 1985-1987.
- Pesquisa de Avaliação da Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo-SUDS-SP, realizada no período 1990-1992.
- Pesquisa sobre o Processo de Municipalização na Política de Saúde em São Paulo, em 1994-1995.

Nesse sentido devo um agradecimento especial à professora Liana M. Aureliano, Diretora Executiva da FUNDAP, não apenas pela realização e utilização desses trabalhos, mas sobretudo pelo incentivo e apoio ao estudo da política de saúde e para a concretização desta tese.

Quero agradecer em particular a cada membro das equipes desses projetos, pelo trabalho que realizamos juntos e pelo saber construído. Devo um agradecimento muito especial a Rose Inojosa, pelos nossos anos de trabalho conjunto e pela sua contribuição na realização desta tese.

Devo também um agradecimento a Maria Helena Castro Lima pela sua coordenação da Pesquisa de Avaliação do SUDS e a outros membros da equipe dos projetos de saúde: Lais Costa Manso, Suely Komatsu, Elio Jardimovski, Ferdinando Crepalde Martins, Marcia Angare, Mariantonia Chippari, Marcelo Okamoto e Paulo Guimarães. Para não ser injusto não elencarei todos os técnicos que também contribuíram, em outros momentos, na realização de projetos da saúde, mas quero fazer menção a Giselda Barroso Sauveur e Milan Wohland com quem iniciei minha trajetória na saúde nesta instituição. Devo a Cibele C. Moreira um agradecimento particular, por todos esses anos de trabalho conjunto dedicado e competente.

É da convivência com essas pessoas, com outros técnicos da FUNDAP e com membros das organizações-clientes que pude apropriar o conhecimento e acreditar que a mudança das organizações públicas é possível. Nesse sentido, devo um agradecimento aos dirigentes das organizações públicas de saúde com quem convivi no trabalho de consultoria. Aprendi as singularidades dessas organizações, a acreditar e participar da construção do projeto sanitário.

Devo uma menção especial aos dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, João Yunes, Otávio A. Mercadante, Ana Maria Figueredo e Sonia Terra, que por ocasião da reforma em 1986 souberam integrar a contribuição da consultoria e colocar o seu poder a serviço da mudança. Com isso não estou esquecendo de outros projetos, mas ressaltando aquele que é parte deste estudo e que para mim teve um significado particular.

Agradeço meu orientador professor José Carlos Seixas, que me permitiu apropriar a sua experiência da gestão pública de saúde. E também à professora Maria de Lourdes Manzini Covre, que desde os tempos da PUC, tem -me incentivado para realizar esta tese e contribuiu com sugestões valiosas. Estendo também meus agradecimentos aos professores Evelyn N. de C. Sá e Olímpio J.N. Viana Bittar, membros da Banca, pelas contribuições que me permitiram melhorar o texto desta tese.

Devo um agradecimento particular à Ada pelo que construímos juntos e pelo incentivo que sempre me deu para realizar esta tese.

Agradeço também à Ana Cristina Leão, à Norma Nórcia, ao Sinésio Bacchetto, ao Adir de Lima, ao Aparecido de Souza, à Tania Silva, à Caia, ao Rodrigo, ao Carlos, à Sônia Zan e à Ana Célia pela contribuição que me deram em diferentes etapas deste trabalho. Também não poderia esquecer da Cidinha da Seção do Pós-graduação que me ajudou a viabilizar este projeto.

São Paulo, abril de 1996

LUCIANO A. PRATES JUNQUEIRA

RESUMO

Este trabalho, tendo como referência o conceito de descentralização e o seu entendimento na literatura político-organizacional recente, recupera os modelos de saúde no país e as mudanças que determinaram no Estado de São Paulo, a partir de 1985.

Procura apreender as mudanças ocorridas na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, dos ERSAs ao SUS, como consequência do processo de descentralização, tendo em vista a democratização do país. Esse entendimento refere-se às alterações da conjuntura das políticas sociais de saúde nacional e regional e do modelo de saúde – descentralizado, universal, equânime, regionalizado e integrado – gestado pelo movimento sanitário, que determinou novos arranjos organizacionais e novas práticas sociais.

Analisa os fatores facilitadores e restritivos à implantação do SUDS-SP como um ponto de inflexão do Sistema de Saúde e o processo de municipalização, nos diversos momentos de mudança institucional, por que vem passando o setor nessas duas últimas décadas.

Identifica as mudanças ocorridas como consequência do Sistema Único de Saúde – SUS e aponta tendências e perspectivas da municipalização no Estado a partir de uma visão de intersectorialidade da saúde.

ABSTRACT

This work has as a theoretical reference the concept of decentralization and its understanding in recent organizational political literature. It recovers the health system models operating in Brazil and the changes determined in the public organizations Health Care, in the State of São Paulo since 1985 onward.

It aims to understand the changes occurred in the State of São Paulo Secretariat of Health Care, including the structures of ERSA (Regional Unit) and SUS (National Health System) as a decentralization process consequence, taking into account the country democratization context. This understanding is referred to the context changes of the social policies on Health Care concerning regional and national areas and the Health Care System model – decentralized, universal, equitable, regionalized and integrated. This model was conceived by the so called “Sanitary Movement”, which has set up new organizational patterns and new social practices.

It analyzes the facilitating and restrictive factors of the SUDS-SP implementation as a turning point of the Health Care System as well as of the municipalization process. The analysis covers several moments of institutional change, which the sector has been undergoing in these two last decades.

The analysis also identifies the changes happened since the SUS implantation and points out trends and perspectives of municipalization in the State assuming a point of view of the inter sectorial relationships in the Health Care.

ERRATA

- p.33 Onde se lê:
“...Nesse caso, o órgão que transfere não perde seu poder de decisão e o que recebe as competências as tem por delegação, agindo em nome do governo central, sua autonomia relativa.”
Leia-se
“...Nesse caso, o órgão que transfere competências não perde seu poder de decisão e o que recebe as tem por delegação, agindo em nome do governo central, com autonomia relativa.”
- p.37 Nota 11
Onde se lê
“Silva, na análise da experiência internacional de descentralização...”
Leia-se
“Silva (1995), na análise da experiência internacional de descentralização...”
- p.40 Onde se lê
“Esse poder transferido cria espaços de negociação, permitindo-o tornar mais permeável...”
Leia-se
“Esse poder transferido cria espaços de negociação, permitindo tornar o Estado mais permeável...”
- p.43 Acrescentar
SILVA, Pedro Luiz B.
1995 Políticas Sociais: Descentralização para mais Eficiência e Equidade [Seminário Internacional sobre Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil, FUNDAP/IESP, São Paulo, mai.1995]
- p.52 Onde se lê
“Com a crise econômica e de governabilidade, que a descentralização (...)”
Leia-se
“Com a crise econômica e de governabilidade, a descentralização (...)”
- p.57 Onde se lê
“Como já foi dito, (...) contrariando os interesse privados até então ainda representados na gestão política (...)”
Leia-se
“Como já foi dito, (...) contrariando os interesses privados até então representados na gestão política (...)”
- p.59 Onde se lê
“(...)mais do isso, às propostas em discussão na Assembléia Constituinte e que lhe pareciam que poder alterar sua situação de privilégio.”
Leia-se
“(...)mais do isso, às propostas em discussão na Assembléia Constituinte e que lhe parecia poder alterar sua situação de privilégio.”
- p.60 Onde se lê
“Por se tratar de um processo que envolve interesses sociais, (...)cuja acomodação implicou recuos e, eventualmente contradições. Assim, a instituição do Sistema (...)”
Leia-se
“Por se tratar de um processo que envolve interesses sociais, (...)cuja acomodação implicou recuos e, eventualmente contradições, a instituição do Sistema (...)”
- p.64 Onde se lê
“A descentralização (...) possibilitando ao conjunto da população acesso à assistência, que até então lhes era negada.”
Leia-se
“A descentralização (...) possibilitando ao conjunto da população acesso à assistência, que até então lhe era negada.”
- p.75 Onde se lê
“A proposta de expansão não diferiu do projeto anterior (...)”
Leia-se
“Essa proposta de expansão não diferiu do projeto anterior (...)”

- p. 77 Onde se lê
 “O Banco Mundial considera viável o projeto (...)”
 Leia-se
 “O Banco Mundial não considerava viável o projeto (...)”
- p.78 Onde se lê
 “Para a integração (...) foi prevista a criação de um conselho (...) onde teria assento (...)”
 Leia-se
 “Para a integração (...) foi prevista a criação de um conselho (...) onde teriam assento (...)”
- p.82 Onde se lê
 Assim, as AIS desempenharam (...). A criação das comissões (...), faz com que (...)”
 Leia-se
 As AIS desempenharam (...). A criação das comissões (...), fez com que (...)”
- p. 92 Nota 75
 Onde se lê
 “Esses decretos alteraram a estrutura da Secretaria, apesar do decreto de reorganização da Secretaria só sair no final do ano 1986”
 Leia-se
 “Esses decretos alteraram a estrutura da Secretaria, apesar do decreto de reorganização da Secretaria só sair no início de 1987”
- p.97 Onde se lê
 “Apesar da posição da Associação dos (...)”
 Leia-se
 “Apesar da posição da Associação dos (...)”
- p. 98 Onde se lê
 “(...) Se isso não ocorresse, a CPMS continuaria como um projeto, e teria a sua eficácia.”
 Leia-se
 “(...) Se isso não ocorresse, a CPMS continuaria como um projeto, e teria a sua eficácia comprometida.”
- p.99 Onde se lê
 “O fato é que (...). A racionalidade (...), nem sempre corresponde de todos os atores.”
 Leia-se
 “O fato é que (...). A racionalidade (...), nem sempre corresponde a de todos os atores.”
- p.100 Onde se lê
 “Além disso, (...) como ocorreu na última gestão LESER.”
 Leia-se
 “Além disso, (...) como ocorreu na última gestão Leser.”
- p.100 Onde se lê
 “A diferenças das redes dos ERSA (...)”
 Leia-se
 “As diferenças das redes dos ERSA (...)”
- p. 109 Onde se lê
 “(...) federal. No âmbito estadual, a instância colegiada correspondente a CIS participaria (...)”
 Leia-se
 “(...) federal. No âmbito estadual, a instância colegiada correspondente -CIS- participaria (...)”
- p.109 Onde se lê
 “Apesar da desestabilização do INAMPS (...) o instituto permaneceu (...)”
 Leia-se
 “Apesar da desestabilização do INAMPS (...) o Instituto permaneceu (...)”
- p.111 Onde se lê
 “(...)autárquica, mas com um elevado grau de burocratização (...)”
 Leia-se
 “(...)autárquica, com um elevado grau de burocratização (...)”

- p.115 Onde se lê
 “As competências atribuídas pelo Secretário de Estado da Saúde (...)”
 Leia-se
 “As competências atribuídas ao Secretário de Estado da Saúde (...)”
- p.119 Onde se lê
 “Mas a reforma de 86 (...) Como diz Salomão (1990) “a reforma (...) em uma fase em não existia SUDS (...)”
 Leia-se
 “Mas a reforma de 86 (...) Como diz Salomão (1990) “a reforma (...) em uma fase em que não existia SUDS (...)”
- p.127 Nota 139
 Onde se lê
 “Também no nível regional (...) A designação dessas comissões se deram (...)”
 Leia-se
 “Também no nível regional (...) A designação dessas comissões se deu (...)”
- p.129 Nota 144
 Onde se lê
 “Resoluções CIS - SP que se sucedem, criou-se (...)”
 Leia-se
 “ Nas Resoluções CIS - SP que se sucedem, criou-se (...)”
- p.131 Onde se lê
 “ Portanto, o que essa análise (...) o desmonte do INAMS no estado.”
 Leia-se
 “ Portanto, o que essa análise (...) o desmonte do INAMS no Estado.”
- p.138 Nota 161
 Onde se lê
 “Esses dados (...) da pesquisa AMS/IBGE de 1992. As tabelas encontram-se em anexo.”
 Leia-se
 “Esses dados (...) da pesquisa AMS/IBGE de 1992.”
- p.145 Onde se lê
 “A relação entre o setor público e o setor privado (...) Depois, parte do controle da compra dos serviços passou para os municípios, de modo desigual em todo o estado.”
 Leia-se
 “A relação entre o setor público e o setor privado (...) Depois, parte do controle da compra dos serviços passou para os municípios, de modo desigual em todo o Estado.”
- p.145 Onde se lê
 “ A questão da qualidade (...) No embate entre o setor público e o setor privado, uma das estratégias mais utilizadas (...)”
 Leia-se
 “ A questão da qualidade (...) No embate entre o setor público e o setor privado, uma das estratégias mais utilizadas (...)”
- p.149 Onde se lê
 “A municipalização é um dos (...). Assim, constitui, como diz Mendes (1993:116) o “como microespaço social (...)”
 Leia-se
 “A municipalização é um dos (...). Assim, constitui, como diz Mendes (1993:116) o “microespaço social (...)”.
- p.149 Onde se lê
 “A experiência realizada (...) permitiu que fosse ampliada a capacidade local de atendimento (...)”
 Leia-se
 “A experiência realizada (...) permitiu que fosse ampliada a capacidade local de atendimento (...)”
- p.150 Onde se lê
 “Essa, ainda, não é a realidade, porque a atualização das competências dependem (...)”
 Leia-se
 “Essa, ainda, não é a realidade, porque a atualização das competências depende (...)”

- p.157 Nota 187
Onde se lê
"Nelson Rodrigues dos Santos (...) sendo substituído por José Aristodemo Pinotti que retornava ao cargo e permanece até o fim da gestão Quércia."
Leia-se
"Nelson Rodrigues dos Santos (...) sendo substituído por José Aristodemo Pinotti que retornou ao cargo e permaneceu até o fim da gestão Quércia."
- p.160 Onde se lê
"Nesse contexto, municipalizar significa a transferência para os municípios (...)"
Leia-se
"Nesse contexto, municipalizar significa transferir para os municípios (...)"
- p.167 Onde se lê
"Assim, diminuiu o empenho do estado em relação à (...)"
Leia-se
"Assim, diminuiu o empenho do Estado em relação à (...)"
- p.167 Onde se lê
"Enquanto isso (...) o governo do estado de São Paulo reduziu a sua participação (...)"
Leia-se
"Enquanto isso (...) o governo do Estado de São Paulo reduzia a sua participação (...)"
- p.167 Onde se lê
"O importante, nessa pesquisa, (...) O Gráfico 1, reproduzido dessa pesquisa permite visualizar o montante desses recursos e o crescimento com o gasto de assistência médica (Gráfico 2)."
Leia-se
"O importante, nessa pesquisa, (...) Os Gráficos 1 e 2, reproduzidos dessa pesquisa, permitem visualizar o montante desses recursos e o crescimento com o gasto de assistência médica."
- p. 171 Onde se lê
"Tanaka et alii (1991:79) reitera essa tendência quando diz que (...)"
Leia-se
"Tanaka et alii (1991:79) reiteram essa tendência quando dizem que (...)"
- p. 172 Onde se lê
"Apesar de, no período 94/95 (...), em relação ao número de municípios existentes no Estado - seiscentos e vinte e cinco - isso representa apenas 52%. Restam, ainda, trezentos municípios que nem sequer apresentaram proposta (...)"
Leia-se
"Apesar de, no período 94/95 (...), em relação ao número de municípios existentes no Estado - seiscentos e vinte e cinco - *Nota 216* - isso representa apenas 52% (Tabela 9). Restavam, ainda, trezentos municípios que nem sequer haviam apresentado proposta (...)"
- p. 173 A *Nota 216* refere-se ao quarto parágrafo da página anterior: "Apenas de, no período 94/95 (...)."
- p. 176 Onde se lê
"As políticas sociais (...). A redefinição dessa relação é permitirá transformar (...)"
Leia-se
"As políticas sociais (...). A redefinição dessa relação é que permitirá transformar (...)"
- p. 179 e p. 197 Onde se lê
"TANAKA, Oswaldo Y."
Leia-se
"TANAKA, Oswaldo Y. et alii"

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. OBJETIVOS.....	15
1.2. METODOLOGIA.....	15
1.3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
2. A DESCENTRALIZAÇÃO E A REFORMA DO ESTADO.....	20
2.1. A DESCENTRALIZAÇÃO E A CRISE DO ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL.....	22
2.1.1. A Descentralização e a Reestruturação do Estado no Brasil.....	25
2.2. CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO: UMA RELAÇÃO DIALÉTICA.....	30
2.2.1. Descentralização e Desconcentração	32
2.2.2. Descentralização e Devolução Social.....	34
2.3. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO: LIMITES E PERSPECTIVAS.....	37
2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
3. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA NOVA FORMULAÇÃO	44
3.1. ANTECEDENTES: O MODELO MÉDICO-PRIVATISTA	45
3.2. O EVOLVER DO MODELO CONTRA-HEGEMÔNICO: DA CONCEPÇÃO À IMPLANTAÇÃO	50
3.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A CAUSA COMPARTILHADA	59
3.4. A IMPLANTAÇÃO DO SUS: DO DISCURSO À PRÁTICA.....	61
3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
4. O ESTADO PRESTADOR: OS ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE.....	67
4.1. O PROCESSO DE MUDANÇA E SEUS ATORES: ANTECEDENTES	68
4.1.1. As Bases da Mudança	69
4.1.2. O Início da Mudança: Novos Atores e a Formulação do Novo Modelo de Saúde	74
4.1.3. O Embate Entre a Velha Organização e a Nova Proposta	81
4.1.4. Estratégias de Viabilização da Mudança	84
4.2. O MODELO ASSISTENCIAL E O PROCESSO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.....	86

4.3. ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE:	
O PROCESSO DE SUA FORMAÇÃO	89
4.3.1. A Mudança Negociada	90
4.3.2. As Resistências à Mudança.....	92
4.3.3. O ERSa e suas Relações Institucionais:	
o Nível Central e os Municípios.....	100
4.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
5. A IMPLANTAÇÃO DO SUDS-SP:	
FATORES FACILITADORES E RESTRITIVOS	106
5.1. O PROGRAMA DOS SISTEMAS UNIFICADOS E	
DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE: CONCEPÇÃO E ESTRATÉGIAS ...	107
5.1.1. Resistências e singularidades do processo de implantação	110
5.2. A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO E	
DESCENTRALIZADO DE SAÚDE NO	
ESTADO DE SÃO PAULO – SUDS-SP	113
5.2.1 A Estratégia de Implantação do SUDS em São Paulo	115
5.2.2. Os ERSa na Implantação do SUDS-SP	116
5.2.3. A Gestão do SUDS através da CIS	123
5.2.4. A Exclusão, as Resistências e os Apoios.....	132
5.3. A MUDANÇA DO PAPEL DO SETOR PÚBLICO NA ATENÇÃO	
AMBULATORIAL E NAS RELAÇÕES COM O SETOR PRIVADO	137
5.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
6. SUS: A MUDANÇA NAS RELAÇÕES DE PARCERIA E O PROCESSO DE	
MUNICIPALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO	149
6.1. SUDS/SP: O PAPEL DO ESTADO NA MUNICIPALIZAÇÃO	150
6.2. O SUS E O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO EM SÃO PAULO	159
6.3. A MUDANÇA NAS RELAÇÕES DE PARCERIA.....	165
6.4. O REDIRECIONAMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO	171
6.5. MUNICIPALIZAÇÃO: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS	174
6.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
8. BIBLIOGRAFIA.....	184
8.1. LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS NORMATIVOS.....	199

ÍNDICE

TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO	139
TABELA 2 – ESTABELECIMENTOS DE ATENDIMENTO SEM INTERNAÇÃO POR CATEGORIA INSTITUCIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO	139
TABELA 3 – NÚMERO DE EMPREGOS MÉDICOS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL NO SETOR SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	141
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE EMPREGOS MÉDICOS E DE ENFERMEIROS POR TIPO DE ESTABELECIMENTO E CATEGORIA INSTITUCIONAL NO SETOR SAÚDE.....	141
TABELA 5 – PARTICIPAÇÃO DO GASTO “OUTROS CORRENTES E DAS CONSULTAS DA REDE PRIVADA DO GASTO TOTAL E DAS CONSULTAS REALIZADAS NOS SUDS.R.	142
TABELA 6 – LEITOS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL NO ESTADO DE SÃO PAULO	142
TABELA 7 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM ATIVIDADE POR ÁREA GEOGRÁFICA E A EXISTÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	144
TABELA 8 – EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL COM SAÚDE POR TAMANHO DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA AMOSTRA 1987-1992.....	170
TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO POR TIPO DE GESTÃO E ANO.....	173

ÍNDICE

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL NO SETOR SAÚDE POR FONTE DE RECEITA.....	168
---	-----

GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO DO GASTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SANITÁRIA SEGUNDO FONTE DE RECEITA.....	169
--	-----

1. INTRODUÇÃO

O movimento que ocorreu na saúde nos anos 80 e 90 é um fato notável na história brasileira. Como resultado de um processo gestado na sociedade, com a liderança dos grupos organizados do movimento sanitário, mudou-se a concepção desse setor, transformando a saúde em direito de cidadania.

Esse processo intensificou-se na década de 80 devido ao esgotamento do modelo assistencial médico-privatista, inserido no quadro da crise fiscal e política do país. Essa situação fez com que se buscassem alternativas para esse modelo centralizado, burocratizado e excludente, delineado nos regimes autoritários.

Tal modelo fragmentava e desarticulava a ação dos três níveis de governo, dividia a clientela entre previdenciários e não previdenciários e dicotomizava ações de prevenção e de cura. Além disso, dispunha de um aparato estatal de âmbito nacional que privilegiava a capitalização do setor privado.

O questionamento desse quadro começou a se delinear na década de 70 e ganhou contornos mais definidos com o processo de democratização do país, nos anos 80, quando se inicia a configuração de um novo modelo de saúde. Esse novo modelo, inspirado nas experiências de outros países, buscava superar a dicotomia público x privado, valorizava a atuação do setor público, garantia o acesso aos serviços ao conjunto da população, descentralizando sua gestão para os três níveis de governo.

Nessa perspectiva, o modelo de saúde que surgiu no bojo do esgotamento do modelo hegemônico não foi apenas uma alternativa para reduzir gastos, através da racionalização dos serviços, da incorporação do setor público na prestação da assistência médica. Mas trouxe para a cena política o ideário do movimento sanitário de um modelo de saúde mais justo e equânime. Embora a conjuntura de crise tenha favorecido o seu surgimento, ele foi viabilizado pelo fato de membros do movimento sanitário ocuparem posições de mando nos órgãos públicos gestores da política nacional de saúde, permitindo que trouxessem sua contribuição para a formulação de um projeto que não fosse apenas racionalizador, mas que desse conta das necessidades de saúde da população e dos seus direitos de cidadania.

Isso teve um significado particular, pois o que estava em questão não era apenas a formulação de um novo modelo, mas também a definição de uma nova estratégia de gestão da política de saúde e do seu aparato. O modelo privatista tinha no INAMPS o seu órgão gestor. Assim, para gerenciar o novo modelo era necessário um novo órgão, moldado a partir de uma nova concepção, de um novo projeto de saúde.

Esse movimento de mudança que ocorreu no setor saúde, a partir da década de 70 e se intensificou nas décadas de 80 e 90, envolveu diversos atores sociais, que contribuíram de maneira diversa na sua conformação. Desse movimento resultou uma nova política de saúde, e sua atualização, em cada estado da federação, dependia das respectivas condições econômicas, políticas e institucionais.

Essa política de saúde alterou, em princípio, a correlação de forças, passando, o setor público, a ocupar uma posição de centralidade na gestão. Para dar corpo a essa mudança, era necessário alterar as práticas de saúde, contemplando a integralidade da atenção. O setor público passou a se organizar na perspectiva da assistência médica, e isso era novo. Mas, a integralidade não foi alcançada.

Este estudo pretende dar conta da resposta do estado de São Paulo e das características que a política nacional de saúde assumiu neste Estado, a partir da formulação do novo modelo de saúde.

O modelo é uma construção ideal e, como tal, não se concretiza da mesma maneira em todas as suas atualizações. No entanto, os pressupostos que o informam, quais sejam: os da universalização, da descentralização, da integralidade e da equanimidade, são partilhados por todos os que participam dessa causa. Esse ideário informa o projeto de saúde. É nessa perspectiva que se diz ser o setor saúde o único dos setores sociais que foi capaz de formular uma política deliberada e não apenas em resposta à crise. O setor já possuía uma certa organização, uma massa crítica mobilizada em torno de uma proposta.

O processo que se instaura nessas décadas busca o reordenamento do setor, do seu aparato burocrático, em oposição o que ocorria anteriormente nos governos autoritários. Nesse contexto, a descentralização constitui uma das condições da mudança em oposição ao modelo centralizado, burocratizado e excludente. A descentralização pretende tornar o aparato burocrático mais susceptível às demandas da população, mediante a criação de novas instâncias de poder, facilitando, assim, o acesso aos tomadores de decisão.

Na saúde, a descentralização foi fundamental para alterar a lógica da prestação de serviços pois, com a incorporação dos serviços públicos, transferiram-se para estados e municípios competências e recursos centralizados nos órgãos federais. Daí a importância que assume a descentralização como uma alternativa para o caráter padronizado e centralizado dos programas de saúde.

A descentralização surgiu, então, como resposta à necessidade de reorientar os programas sociais e o seu aparato estatal, para dar maior eficácia à sua gestão. Apesar da

descentralização ter feito parte da agenda dos governos autoritários, ela ganhou força associada à democratização do país, como oposição ao Estado autoritário, centralizado e burocrático. Nesse sentido foi incorporada à plataforma política dos governos estaduais de oposição, eleitos em 1982, sendo apontada como uma condição da democracia, e como um fator de permeabilização da esfera pública ao controle social.

Embora a descentralização apareça associada, no Brasil e em outros países latino-americanos, à democratização, essa associação não é necessária, pois nos países europeus de economia avançada, ela emergiu como resposta ao esgotamento do Estado de Bem-Estar Social. Neste sentido, a descentralização assume diversos significados, dependendo da postura ideológica de quem a utiliza.

Mesmo sem ter um único entendimento do que seja descentralização, pelo menos em uma dimensão existe consenso: “descentralizar implica aumentar o poder, a autonomia de decisão e de controle dos recursos, as responsabilidades e competências das coletividades locais, em prejuízo dos órgãos do Estado central” (Preteceille, 1987).

Assim, as diferenças de entendimento e de aplicação desse conceito parecem ser determinadas pela finalidade do processo e pelo objetivo que se quer alcançar, podendo estar associado tanto à eficácia dos serviços, à redução de custos, como à melhoria das condições de vida da população, ou ainda, a simples manutenção da população como beneficiária das políticas.

O que predomina na saúde, como uma política social de um país em que os excluídos são a maioria, é o seu caráter compensatório. No entanto, o movimento da reforma sanitária buscou um outro patamar para essas relações. Na sua concepção, a saúde passa a ser um direito social e um dever do Estado, “a assistência médica é elevada à condição de medicina social exclusiva, ou quase (...)” (Gonçalves, 1991:103). A expansão da assistência médica, apesar de todas as contradições que permaneceram no seu modo de reprodução, foi um direito conquistado pelos excluídos.

Nessa perspectiva, para entender o que ocorreu na saúde, no Brasil e, em particular, no estado de São Paulo, é necessário ter claro o significado da descentralização tanto na vertente dos denominados progressistas – preocupados em garantir os direitos sociais – como na dos conservadores cujo foco é a redução do aparato estatal para melhorar sua eficácia. Nos dois casos o objetivo é de transferência de poder de decisão para melhorar a eficácia dos serviços. No entanto, a diferença entre as duas posições depende da sua concepção de Estado.

Portanto, as mudanças que se quer apreender no setor saúde em São Paulo ocorreram no bojo das transformações ocorridas no âmbito nacional, tiveram na descentralização, um instrumento de redistribuição do poder de gestão entre os diversos níveis de governo. Através desse processo de transferência de competências, definidas a partir do novo modelo, iniciou-se o reordenamento das organizações de saúde, para adequá-las às novas tarefas.

Esse processo de mudança que vem ocorrendo a partir da década de 70, no estado de São Paulo, tem variado sua eficácia em função das condições objetivas e do compromisso assumido pelos diversos atores envolvidos com o projeto da mudança.

Nesse sentido é que este trabalho pretende discutir a mudança como um processo compartilhado por diversos atores, comprometidos com a causa da mudança. Não se pretende avaliar a sua eficácia, mas a sua implantação e os fatores que a determinaram.

O entendimento desse processo no estado de São Paulo tem como foco a Secretaria de Estado da Saúde, no período 86-92. A questão é saber como o modelo médico-privatista, hegemônico no país até a década de 80, começou a dar lugar a um novo modelo descentralizado, universalizado, equânime e centrado no setor público.

No estado de São Paulo, esse processo de mudança iniciou-se ainda na vigência do antigo modelo, com o estabelecimento de parcerias das instituições públicas federais com as estaduais. Isso repercutiu rapidamente e induziu o reordenamento da Secretaria de Estado da Saúde buscando, com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde-ERSA, em 1986, transformar o Estado em prestador de serviços, incorporando a assistência médica.

Essa estrutura descentralizada, que teve como referência as diretrizes do novo modelo de saúde, constituiu uma condição essencial para a implantação do Programa SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, em São Paulo, a partir de 1987. A esse elemento facilitador agregaram-se as estratégias dos dirigentes do SUDS, no plano nacional e no estadual, em que o Secretário de Estado da Saúde acumulou a Superintendência regional do INAMPS em São Paulo e utilizou, respaldado na direção da CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde – instrumentos normativos para a incorporação das competências do INAMPS pela Secretaria de Estado da Saúde. Esses instrumentos permitiram a agilização do processo de implantação do SUDS-SP.

Os primeiros anos de sua implantação foram, por toda a parte, um período de conflitos, pois era necessário enfrentar, ao mesmo tempo, as resistências do setor privado e as do INAMPS, cujos funcionários não foram envolvidos no processo.

Em março de 1988, com a saída dos dirigentes do INAMPS, comprometidos com o ideário da reforma sanitária, o ritmo de implantação do SUDS foi desacelerado. Entretanto, em São Paulo, a mudança, embora não estivesse completada, já era irreversível.

O processo de descentralização sofreu outro revés importante no governo Collor, a partir de 1990. Os estados foram marginalizados e o governo federal estabeleceu uma relação de compra e venda dos serviços de saúde e não mais de parceria. Apesar desse recuo na implantação do Sistema Único de Saúde, os municípios ganharam mais espaço, passando a se articularem diretamente com os órgãos federais. Isso fortaleceu a municipalização na saúde e colocou, novamente, em cheque a

organização da Secretaria de Estado da Saúde, cujo papel, formalmente, já fora redefinido pela Lei que regulamentou o SUS.

O fortalecimento da municipalização na saúde é entendido como um fator de mudança na qualidade da prestação de serviços, na medida em que a proximidade de dirigentes e cidadãos permite a criação de novos espaços de articulação, influenciando nas decisões do atendimento às necessidades de saúde da população.

Embora o processo de municipalização tenha avançado no que diz respeito ao compromisso dos governos municipais com a prestação de serviços, não se pode dizer que a maior parte dos municípios tenha assumido a gestão do sistema local de saúde. Na maioria dos casos, os municípios apenas assumiram a prestação da assistência médica básica, e não a integralidade da atenção, elemento nuclear do modelo de saúde.

Portanto, este trabalho pretende analisar esse processo de mudança no estado de São Paulo, suas singularidades, os fatores facilitadores e impeditivos desse processo. Ainda nesta introdução serão explicitados os objetivos e a metodologia desse estudo.

No segundo capítulo faz-se uma discussão, através da literatura especializada, do conceito de descentralização, do seu significado, verificando as diferenças que assume na atual conjuntura do país e, em especial, no processo de reforma do aparato estatal da saúde.

A seguir, no terceiro capítulo, recupera-se as diversas formulações do modelo de saúde, no país, a partir do modelo médico-privatista. Considerando que os modelos constituem uma referência para a política de saúde.

Os capítulos subsequentes tratam do processo de mudança no Estado de São Paulo no período de 1986 a 1992:

- o estado prestador de serviços de saúde, discutido no quarto capítulo, recupera os antecedentes do processo que ocorreu com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde -ERSA, quando a Secretaria da Saúde se descentralizou, estruturando-se, a partir de uma nova concepção, para prestar serviços à população.
- a implantação do SUDS-SP e os fatores facilitadores e restritivos a esse processo são objeto do quinto capítulo. Esse foi um momento privilegiado da mudança do modelo de saúde no Estado e no Brasil.
- o processo iniciado com o SUDS consolida-se com o Sistema Único de Saúde, através da municipalização dos seus serviços. Essa questão é objeto do último capítulo, que discute a institucionalização do SUS. Essa parte do trabalho incorpora, também, na análise o período 93-95, abordando as relações de parceria, o processo de municipalização, as relações público x privado e os impasses e perspectivas da municipalização.

Nesses diferentes momentos, acompanhando o movimento do setor saúde, este trabalho procura privilegiar a compreensão da mudança como um processo, que se faz

no tempo e cuja eficácia depende das parcerias e compromissos que se foi estabelecendo entre os atores envolvidos.

1.1. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é analisar, do ponto de vista político-organizacional, o processo de mudança desencadeado pela descentralização do setor saúde, no Estado de São Paulo, no período de 1986 a 1992.

As referências orientadoras deste estudo foram o conceito de descentralização e os modelos de saúde. Por isso a análise será subsidiada pela apresentação e discussão dos diferentes significados que o conceito de descentralização assumiu no processo de mudança e, também, pela recuperação dos modelos de saúde que informaram as práticas das organizações de saúde.

Estabelecidas essas referências, procurar-se-á compreender os fatores facilitadores e restritivos que determinaram a concepção e implantação dos Escritórios Regionais de Saúde e, posteriormente, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo.

A implantação do SUDS-SP será analisada através do processo de incorporação das competências do INAMPS pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, modulado pelas determinações da política nacional e pela interferência dos movimentos de reação ao projeto da Reforma Sanitária, proposto na Constituinte.

A análise permitirá visualizar as alianças e as oposições internas e externas à mudança e seus impactos no processo, em função das estratégias escolhidas.

Finalmente, verificando a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS no Estado de São Paulo e o processo de municipalização, a análise se detém nas relações de parceria que são previstas pelo Sistema, no sentido de alcançar maior eficácia e qualidade na prestação dos serviços de saúde, seus impasses e perspectivas.

1.2. METODOLOGIA

Este trabalho representa um momento de reflexão sobre uma prática profissional de consultor e pesquisador de organizações públicas de saúde. Não resulta de uma pesquisa única. Recupera, como objeto de análise, estudos realizados sob minha coordenação na Fundação do Desenvolvimento Administrativo e consultorias organizacionais das quais participei como ator do processo de mudança.

Como consultor organizacional, tive oportunidade de apropriar a metodologia da pesquisa-ação (Junqueira, 1992). E, ao longo dos últimos quinze anos, com essa metodologia que privilegia o trabalho interativo tenho buscado contribuir, como consultor/pesquisador, no processo de mudança organizacional de secretarias de estado e

secretarias municipais de saúde, bem como de unidades de prestação de serviços de saúde, de maior ou menor complexidade, em São Paulo e em outros estados brasileiros, em diferentes momentos da história da saúde pública deste país.

Pretendo resgatar alguns momentos desse processo da saúde que, acredito, podem contribuir para visualizar que a mudança não passa, necessariamente, apenas pela racionalização da ação. Resulta antes de um ato de vontade política, de paixão pela causa da mudança, do que da existência de condições objetivas de mudar. Contudo, essas condições são determinantes na implementação do processo, na medida em que a mudança se dá num ambiente de contradições, já que as organizações reproduzem, no seu interior, as contradições sociais mais amplas.

Por este trabalho resultar de pesquisas e de relatórios de consultoria, os dados secundários e primários de que se dispõe são sobretudo de natureza qualitativa. Neste tipo de pesquisa, os dados são produzidos pela relação direta do pesquisador com o objeto e seu meio, e isso é feito através de entrevistas, de observações participantes e da análise de documentos produzidos pelas instituições e pelos atores, parte do objeto em estudo. Este tipo de pesquisa, segundo Godoy (1995a: 63), é recomendada, sobretudo, para o entendimento de situações complexas, em que o propósito é a compreensão da teia de relações sociais que os diversos atores institucionais e sociais estabelecem entre si nas organizações e na sociedade¹.

Nessa perspectiva, os estudos qualitativos ocupam uma posição privilegiada na explicação dos fenômenos sociais e, sobretudo, das instituições e do papel que desempenham na sociedade. Há fenômenos sociais para os quais, por sua complexidade e mesmo pela inexistência de estudos, a análise qualitativa apresenta-se como o meio mais eficaz de sua apreensão (Boudon, 1971). Na pesquisa social qualitativa a preocupação é de tentar medidas aproximadas, buscando o entendimento, não através das relações entre quantidades, mas da compreensão do discurso.

Este trabalho aproxima-se de um estudo de caso, como um dos tipos de pesquisa qualitativa, comum na literatura sociológica, em que se faz a combinação de diversas técnicas de pesquisa, entrevistas com informantes, documentos normativos, noticiário de imprensa, etc. (Goode e Hatt, 1979). O objetivo é organizar os dados, preservando o caráter unitário do objeto social, estudando e vendo as múltiplas relações estabelecidas entre os indivíduos e seu meio.

Assim, a análise que se pretende neste estudo para apreender o movimento de descentralização que ocorreu no setor saúde em São Paulo, no período de 86-92, obedeceu diversos procedimentos, caracterizando um estudo de caso.

¹ Nos estudos denominados qualitativos, o pesquisador procura captar o fenômeno a partir da perspectiva das pessoas envolvidas na situação, considerando todas as dimensões relevantes; o que não ocorre com estudos quantitativos quando se apreende apenas um momento da realidade, quantificando-a. Por isso os estudos qualitativos podem ser conduzidos por caminhos que permitem o entendimento do fenômeno. Esses caminhos são dados através de três tipos de pesquisa qualitativa, segundo Godoy, 1995: pesquisa documental, estudo de caso e a etnografia.

Nesse sentido, foi feita, inicialmente, uma pesquisa documental, que compreende o levantamento de documentos normativos e o noticiário de imprensa sobre o movimento do setor saúde.

Além disso, foram realizadas entrevistas com atores que participaram da gestão das instituições públicas de saúde, em São Paulo, no período que vai dos anos 70 a 91. A seleção desses dirigentes foi feita a partir do papel que desempenharam na gestão da Secretaria de Estado da Saúde e no processo de reforma da Secretaria. Além dessas entrevistas, foram realizadas reuniões de pesquisa ² com dirigentes e/ou assessores da Secretaria de Estado da Saúde, que participaram da gestão no período 87-90.

As entrevistas e reuniões foram datadas por terem se realizado entre 1989 e 1992 ³. O registro das entrevistas será indicado nas notas de rodapé, à medida em que forem sendo utilizadas na análise. As entrevistas serão objeto de análise em todas as partes deste trabalho, independente da função que ocuparam no processo de mudança.

Para análise do movimento de incorporação do INAMPS, em São Paulo, da ótica dos servidores da Superintendência Regional, foram utilizadas entrevistas realizadas com funcionários, que ocupavam cargo de direção, na época da fusão, sem sua identificação. Essas entrevistas ocorreram em 1991, na pesquisa sobre Desenvolvimento Institucional: o caso do INAMPS, sob minha coordenação, promovida pela FUNDAP/PUC.

² Essas reuniões foram realizadas na FUNDAP, nos meses de fevereiro e março de 1991. Constitui uma técnica de pesquisa através da qual colocou-se aos participantes hipóteses de pesquisa e eles se manifestaram partir de sua experiência, no período de implantação do SUDS-SP. Em seguida, discutiu-se o discurso do dirigente com a equipe de pesquisa do projeto de Avaliação da Implantação do SUDS-SP, realizada pela FUNDAP, sob coordenação de Luciano A. Prates Junqueira e Maria Helena de Castro Lima, à luz dos resultados da pesquisa. Essas reuniões foram registradas e transcritas.

³ Entrevistas realizadas no período de dezembro de 1989 a março de 1990: Walter Leser, Secretário de Estado da Saúde em duas gestões (Abreu Sodré, 1967-70 e Paulo Egidio Martins, 1975-79); Adib Jatene, Secretário de Estado da Saúde de 1979 a 1983; João Yunes, Secretário de Estado da Saúde de 1983-87; Otávio de Azevedo Mercadante, Secretário Adjunto da Saúde e coordenador do processo de reforma na gestão Yunes; Ana Maria Figueiredo, Coordenadora de Saúde da Comunidade; Marcos Ferraz, Coordenador de Saúde Mental; Ana Maria Malik, Coordenadora de Assistência Hospitalar; Sonia Terra Merraz, Diretora do Departamento Regional de Saúde de Osasco; Marta Salomão, Diretora do Escritório Regional de Saúde de São João da Boa Vista; Nelson Bedin, Diretor do Departamento Regional de Saúde Centro – Município de São Paulo; Sonia Eler, Diretora do Escritório Regional de Saúde de Casa Branca; José da Silva Guedes, Secretário Municipal de Saúde do Município de São Paulo, no período de 1983-87 e coordenador do projeto de expansão da rede básica; Álvaro Escrivão Júnior, presidente da Associação dos Médicos Sanitaristas na época da gestão Yunes.

Entrevistas e Reuniões de Pesquisa realizadas em 1992:

José Aristodemo Pinotti, Secretário de Estado da Saúde de 1987-1991; Maria Lúcia Tojal, Chefe de Gabinete e Secretária Adjunta na gestão Pinotti; Cáritas R. Basso, Diretora do CADAIS; Maria Cecília Marchese da M.A. Corrêa, Assessora; Maria Rosa Logiodice Cardoso, Diretora do Escritório Regional de Saúde de Itapeverica da Serra; Paulo Puccini, Diretor do Escritório Regional de Saúde de Osasco e Diretor do Instituto de Saúde; Maria Tereza Freire, Diretora do Escritório Regional de Saúde da Penha.

A análise documental dos atos normativos promulgados pelos governos federal e estadual, e, especialmente, pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Comissão Interinstitucional de Saúde, permitirá visualizar as determinações da política de saúde, nacional e estadual, no processo de descentralização e suas repercussões na reorganização do setor e de suas instituições.

Além desses documentos, para o entendimento das questões de conjuntura utilizou-se, também, o noticiário da imprensa dos principais jornais diários⁴ do país. Com esse material pretendeu-se apreender os temas que estiveram no centro dos debates no período estudado.

Como na pesquisa qualitativa a preocupação é com o entendimento dos fenômenos sociais a partir, também, da ótica dos atores organizacionais, foram utilizados relatórios de consultoria organizacional produzidos pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP. Esses relatórios registram o processo de trabalho interativo, que permite a compreensão da situação-problema, a partir de um trabalho coletivo entre consultor e cliente. Esses relatórios foram utilizados, principalmente, na análise da reorganização da Secretaria de Estado da Saúde, com a criação dos ERSA.

A análise qualitativa privilegia o conteúdo das ações contidas nos discursos dos agentes, no entanto, não constitui um impedimento a utilização de dados quantitativos, uma vez que permitem uma melhor compreensão do fenômeno em estudo. Nesse sentido, utilizaram-se dados da pesquisa Assistência Médica Sanitária – AMS, realizada pelo IBGE em 1985, 1987 e 1992, quando se estuda a transformação ocorrida na atenção ambulatorial no setor público. Também foram analisados dados quantitativos produzidos pela Fundação Faria Lima – CEPAM, no período 1987-92, que também contribuem para o entendimento do processo de municipalização no Estado de São Paulo.

A análise desses dados permitiu apreender as condições em que se processou a implantação do SUDS no Estado de São Paulo, buscando compreender as medidas tomadas, a maneira pela qual essas medidas repercutiram nos diversos atores e, ainda, como eles reagiram às mudanças, influenciando o seu curso.

1.3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOUDON, Raymond

1971 Métodos Quantitativos em Sociologia. Petrópolis, Vozes.

⁴ O noticiário de imprensa foi coletado, principalmente, nos seguintes jornais: O Estado de S. Paulo, Folha de S. Paulo, Jornal do Brasil e Jornal da Tarde.

CEPAM

1995 Gasto Social Municipal no Estado de São Paulo -1987-1992: Educação, Saúde e Assistência Social, MENDES, Áquila (coord.). Estudos e Pesquisas, São Paulo, CEPAM, 5

GODOY, Arilda S.

1995a Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. Rev. Adm. Empresas, São Paulo, v.35, n. 2, mar/abr: 57-63

1995b Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. Rev. Adm. Empresas, São Paulo, v.35, mai/jun:20-29

GONÇALVES, Ricardo Bruno M.

1991 A Saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 5(1): 99-106.

GOODE, W.J.& HATT, P.K.

1979 Métodos em Pesquisa Social. 7 ed. São Paulo, Ed. Nacional

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates

1992 Mudança Organizacional no Setor Público de Saúde: Delineamento de uma Metodologia. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 26(2):139-44

PRETECEILLE, Edmon

1987 La descentralization: pour quoi, pour quoi? Politique Aujourd'hui, Paris, n.2.

2. A DESCENTRALIZAÇÃO E A REFORMA DO ESTADO

Neste capítulo pretende-se discutir os diferentes significados da descentralização para situar as mudanças que ocorreram no setor saúde no Brasil e, em especial, no aparato estatal da saúde no Estado de São Paulo.

A descentralização é um dos pressupostos das diversas iniciativas de mudança que ocorreram no setor saúde, a partir da década de 80, culminando com o Sistema Único de Saúde – SUS. Como não há, na literatura, um único entendimento desse conceito, é oportuno recuperar o contexto em que o mesmo surgiu como uma resposta à necessidade de dar eficiência e eficácia ao aparato estatal, responsável pela gestão das políticas sociais no Brasil.

Apesar das diferenças no âmbito da gestão pública, a descentralização tem um significado precípuo o da transferência de poder dos níveis centrais de governo para os mais periféricos, gerando autonomia de gestão em oposição a um poder centralizado e burocratizado. Nesse sentido, a descentralização emerge em oposição ao poder centralizado, determinando formas diversas de organização através da criação de instâncias de poder, tornando-o permeável aos interesses da sociedade e, portanto, dando maior eficácia à gestão.

A utilização do conceito de descentralização como estratégia de mudança teve início a partir da década de 70, pelos países centrais democráticos, como alternativa à crise do Estado do Bem-Estar Social. Tal fato ocorreu em função do questionamento do seu papel de Estado protetor, que teria ocasionado uma enorme expansão do aparato burocrático, tendo em vista a gestão das políticas sociais, o que gerou, inclusive, uma acentuada centralização das decisões, comprometendo sua eficácia.

Nos países latino-americanos, a descentralização também ganhou destaque como um meio para reestruturar o Estado e a gestão das políticas públicas de corte social. No entanto, essa discussão ocorreu por ocasião da mudança dos regimes políticos autoritários, que se consolidaram sob alto grau de centralização político-administrativa e com grandes diferenças sociais. Nesse contexto de crise política e econômica, a descentralização surgiu como uma possibilidade de democratização do poder.

Embora essa associação não seja necessária, ela assumiu um significado especial, na América Latina, por ocasião da mudança dos regimes autoritários, caracterizados como centralizados, burocráticos e excludentes. Assim, a descentralização ganhou relevância na crítica aos governos autoritários e, em particular, às políticas sociais. Isso ocorreu especialmente no Brasil, quando examinadas as instituições que serviam como agentes da intervenção social do Estado. A prática que se observou dessas instituições sociais, centralizada e com ações sobrepostas e fragmentadas, levou Draibe (1986:17) a concluir que “no passado recente, não foi tanto a escassez de recursos, antes o padrão distorcido de sua natureza e aplicação, o fator maior de comprometimento das políticas sociais. (...) A multiplicação de órgãos e programas entretanto não garantiu um formato de política social harmônica e socialmente efetiva. Ao contrário, a tônica de intervenção social do Governo Federal foi, e infelizmente continua sendo, a sua incapacidade de formular e implementar políticas”.

Entretanto, essa situação não parece ser típica dos regimes autoritários, já que, até hoje, as políticas sociais ainda não encontraram uma nova forma de gestão, nem o discurso da descentralização, intenso na década dos 80, concretizou-se em uma nova práxis. É sob essa perspectiva que se pode situar a afirmação de Abranches (1989:23): “contraditórias e lesivas à melhoria das condições de vida são a burocratização do mercado, que não impede a ação desregrada de grupos dominados pela lógica das facções, e a privatização do Estado, que o torna insensível às necessidades coletivas”⁵. A privatização do Estado e a subversão da política orçamentária fazem com que os mais necessitados continuem a ser, sempre, os menos beneficiados.

A saúde, como uma das políticas sociais, não fugiu dessa situação perversa que caracterizou e ainda caracteriza a intervenção do Estado no setor. No entanto, os grupos organizados da saúde, com membros em posição de comando na burocracia estatal, delinearam uma saída configurando um projeto, não apenas em oposição aos governos autoritários, mas como resultado de uma política deliberada, que para os direitos sociais conformou um modelo de saúde universalizado, descentralizado e equânime.

Esse projeto que tem a descentralização como uma das suas diretrizes determina um novo formato para o aparato estatal da saúde. Assim, para entender esse processo de mudança, é oportuno discutir o conceito de descentralização, que não está,

⁵ O autor na sua análise das relações entre os grupos de interesse distingue: mercado, burocracia, facções e clãs. Quando diz que a lógica que informa a oposição de empresários e trabalhadores à intervenção do Estado em suas respectivas searas e mesmo dos altos burocratas é a das facções. Distingue a lógica das facções da lógica de mercado, pois ela é conflitiva nas transações com os outros, mas não competitiva, enquanto a do mercado o é. Cada facção tem sua jurisdição garantida. Há conflito por recursos e vantagens, mas uma facção não compete para suceder a outra numa mesma posição. Não há reciprocidade e quando há é marginal. O critério de constituição é o interesse corporativo. Os clãs diferenciam-se dos mercados e das facções, porque no seu interior prevalecem normas de reciprocidade e solidariedade, sendo seu critério de constituição a cidadania (mas no sentido corporativo, de pertencer a) e seu critério de avaliação a tradição ou a ideologia. As burocracias constituem sistemas de autoridade, enquanto as facções e clãs, sistemas de persuasão ou cooptação; sua principal informação é o regulamento e o mecanismo de intermediação das transações a regulação.

necessariamente, associado à democratização, nem à participação e nem mesmo à eficácia da gestão. Embora constitua um instrumento de mudança do formato do Estado, do seu aparato, tornando-o mais permeável aos interesses coletivos, não se pode dizer que haja uma relação necessária entre essas variáveis e a eficácia da gestão.

A descentralização é um processo dialético que se dá em relação ao poder centralizado. Há autores que dizem que há graus de descentralização, no entanto, creio ser mais adequado, partindo da idéia de processo, admitir formas de descentralização condizentes com uma determinada realidade sócio-política.

Portanto, o que se pretende neste capítulo é discutir a descentralização a partir da crise do Estado, primeiro do Bem-Estar Social nos países centrais e, depois, nos países latino-americanos; os significados que assume para conservadores que valorizam o estado mínimo, e para progressistas, que valorizam a garantia dos direitos sociais. E finalmente discutir os diversos significados da descentralização nas duas abordagens para compreensão do processo de mudança da saúde em São Paulo.

2.1. A DESCENTRALIZAÇÃO E A CRISE DO ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL

O conceito de descentralização ganhou a cena política, a partir de meados da década dos 70, nos países europeus democráticos, como alternativa à crise do Estado do Bem-Estar Social. Esse Estado, constituído depois da II Guerra como uma forma de regulação social, no âmbito de um determinado estágio de desenvolvimento do capitalismo, expressa-se nas relações entre Estado e Economia, e Estado e Sociedade, manifestando-se na organização e produção de bens e serviços coletivos públicos ou privados, regulados pelo Estado (Draibe, 1989:29).

Esse projeto de Estado social, no dizer de Habermas (1987:18), tem sua origem nos movimentos burgueses de emancipação, na tradição social democrática. Apesar da origem, o “Welfare State” Keynesiano foi adotado em quase todos os países ocidentais, pelos mais diferentes partidos políticos que estivessem no poder. Em momentos diferentes, introduziram-se algumas alterações menores no projeto básico do Welfare State, sem alterar essencialmente sua concepção original de Estado e da prática estatal (Offe, 1983:41). Como projeto, o Welfare State visava à “criação de formas de vida estruturadas igualitariamente, garantindo liberdade de movimentos para a auto-realização e a espontaneidade individuais” (Habermas, 1987:109).

Esse projeto caracterizou-se pela ambição de oferecer ao homem condições de vida emancipada e digna, mas não resultou de uma transformação nas condições de trabalho, que passaram a servir como referência para as indenizações compensatórias, devidas ao trabalhador pelo risco do emprego. Daí as políticas de acidentes de trabalho, de desemprego, de doenças e de velhice. Embora o Estado social entendesse como sua função primária ‘cobrir’ os riscos e incertezas aos quais estão expostos os trabalhadores assalariados e suas famílias na sociedade capitalista, há efeitos de suas políticas que

interessam também ao capitalista. Nesse sentido, a política social é uma resposta às necessidades do trabalho e às necessidades do capital, compatibilizando-as entre si.

Assim, os estados capitalistas avançados passaram a caracterizar-se por uma nova relação Estado e Sociedade, e Estado e Mercado. São estados que intervêm nas relações sociais, para regular a atividade econômica e o trabalho e, ao mesmo tempo, garantem alguns dos direitos civis e sociais do trabalhador assalariado ('Manzini Covre, 1986:171)⁶. Esse traço intervencionista do Estado levou-o a desenvolver grandes aparatos burocráticos centralizados.

Em meados da década dos 70, contudo, esse Estado intervencionista e centralizado, embora democrático, começou a dar sinais de esgotamento. O processo de esgotamento desse modelo pode ser explicado também em função do seu programa: nutrindo-se da utopia de uma sociedade do trabalho, o Estado intervencionista e centralizado deixou de considerar qualquer alternativa que, eventualmente, pudesse abrir novas perspectivas de vida coletiva.

Sem discutir possíveis causas que teriam levado ao esgotamento desse modelo, Habermas (1987:108) indaga se esse Estado teria poder, e se seria suficientemente eficiente a ponto de conseguir domesticar o sistema econômico capitalista e fazê-lo orientar-se pelo seu programa ou, ainda, se o poder político seria o melhor meio de garantir ao homem formas dignas e emancipadas de vida. Nos termos em que o autor expõe o dilema: "o capitalismo desenvolvido nem pode viver sem o Estado social nem coexistir com sua expansão contínua. As reações mais ou menos desorientadas a este dilema indicam que o potencial de sugestão política de uma sociedade do trabalho está esgotado".

A descentralização surge com uma alternativa de mudança nessa conjuntura, como um instrumento para racionalizar e dar eficácia ao aparato estatal das políticas sociais. Apesar de constituir, independente da posição, uma das estratégias importantes para a reestruturação do Estado, o conceito varia conforme a concepção do papel do Estado e do entendimento que se tenha da natureza da crise a ser enfrentada.

Nesse sentido, as diferenças do entendimento de neoliberais, denominados conservadores, e progressistas passa pela concepção de Estado e do seu papel. Daí a importância de iniciar essa discussão pela concepção dos neoliberais da noção do estado mínimo, a partir da sua crítica ao Estado do Bem- Estar.

A crítica neoliberal ao Estado do Bem-Estar passa pelo padrão de acumulação capitalista e pela relação Estado e Sociedade, colocando o Estado como um parceiro, entre outros, nos sistemas de negociação. A mesma crítica neoliberal, ademais, questiona o tipo de intervenção pública na economia previsto no paradigma keynesiano, e advoga a

⁶ Manzini Covre, recuperando Lefort,; faz uma crítica a Marx e aos marxistas franceses pelo desprezo com que tratam a formulação de cidadania e direitos humanos, considerando-a tão somente como uma formulação burguesa. Diz da importância desses direitos na luta contra os regimes ditatoriais, autoritários nas várias regiões da terra.

desregulamentação da economia para torná-la mais competitiva, uma vez exposta às leis do mercado.

Nessa leitura, a descentralização surge como exigência de redução do tamanho do Estado, para que ganhe em agilidade e em eficiência. O Estado deve reduzir-se a funções mínimas, com competências públicas sendo transferidas para o setor privado, sob a lógica da eficiência e do lucro. A mesma lógica deve informar a reestruturação do Estado, visando a restaurar responsabilidades individuais; excluindo do âmbito do Estado o sistema de políticas sociais, responsáveis, dentre outros males, pelo déficit público e pelo desestímulo ao trabalho. A ação do Estado na área social deveria restringir-se, sob essa perspectiva, aos programas assistenciais de auxílio à pobreza (Draibe, 1993:90).

Para os neoliberais, portanto, descentralização significa redução do papel do Estado para chegar ao Estado Mínimo, deslocando a força motriz da mudança para o mercado. Pretendem assim reduzir o gasto público, acreditando que da máxima eficiência do mercado possam advir melhores condições de vida para a população. Ao Estado ainda caberia um papel na gestão das políticas sociais compensatórias, o que seria um meio para atenuar as desigualdades mais aparentes.

Os progressistas, ainda que sem ignorar o déficit público, aspiram a garantir os direitos sociais do cidadão, uma das conquistas do Estado social. Para esses, o papel que cabe ao Estado desempenhar nesse processo tem de ser preservado, como uma das condições para que se possa atingir o objetivo de igualdade, tendo todos os cidadãos acesso aos serviços básicos de educação, saúde, etc. (Cardoso, 1995:D3).

Nessa perspectiva interessa retomar a visão de Habermas (1987:109), sobre a crise do Estado social. O projeto, nesse caso, centrava-se em moderar a economia capitalista; a crise impôs a necessidade de domesticar o próprio Estado. O crescimento centralizado do aparato burocrático deu-se em função do controle do capitalismo tendo como referência o trabalho. A crise, entretanto, obrigou a reconhecer que o próprio Estado intervencionista deveria ser objeto de controle, pois o mundo da vida está ameaçado não apenas pelo dinheiro, mas também pelo poder. A “dinâmica interna de subsistemas governados pelo poder e pelo dinheiro”, precisa ser quebrada ou no mínimo contida, por formas de organização autogestionárias e mais próximas da base.

Embora sem abordar a questão da descentralização – mas ao propor a mudança de paradigma da sociedade do trabalho para a de comunicação – diz Habermas (1987:112) que, para que o mundo da vida funcione, é necessária uma nova partilha do poder.

Para o exercício do governo as sociedades modernas dispõem de três recursos: dinheiro, poder e solidariedade, além da relação entre esses recursos. É da sua esfera de influência que deve advir um novo equilíbrio social. Privilegia-se o poder de integração social da solidariedade, que controla os outros dois recursos. A capacidade coletiva de agir, reforçada pela auto-organização, -define os objetivos das organizações, independente de quais sejam as concepções de seus membros. A capacidade de ação das

organizações próximas da base permite que o projeto social tenha continuidade e que existam arenas nas quais se luta para encontrar meios que favoreçam o exercício solidário do governo. O poder do estado intervencionista, nestes termos, passa a ser partilhado com outras instâncias de poder – descentralizado – como meio de garantir um novo projeto social.

A descentralização portanto, sob uma perspectiva progressista, implica transferir competências com vistas à democratização da administração pública e dos partidos, podendo contribuir para o desenvolvimento de modelos econômicos socialmente mais justos, pela mudança das relações Estado e Sociedade.

A descentralização é, aqui, uma estratégia para reestruturar o aparato estatal, não com o objetivo de que, reduzido, ganhe agilidade e eficiência, mas para aumentar a eficácia das ações das políticas sociais pelo deslocamento, para esferas periféricas, de competências e de poder de decisão sobre as políticas.

O deslocamento do poder de decisão é um meio para democratizar a gestão através da participação, o que aponta para a redefinição da relação Estado e Sociedade. Esse movimento deve ter como horizonte a implementação de políticas que promovam a universalização dos benefícios sociais, de “modo eficiente e equânime”(Cardoso, 1995:D3).

Portanto, mesmo com a concordância quanto ao significado geral da descentralização como transferência do poder central para outras instâncias de poder, constituindo um processo para um novo reordenamento do aparato estatal, as diferenças de posição de conservadores e progressistas sobre a finalidade da descentralização, decorrem de concepções distintas do papel do Estado e da sua relação com a sociedade e o mercado. Enquanto os neoliberais preconizam o Estado mínimo e o mercado como regulador das relações sociais, os progressistas não retiram o caráter de intervenção do Estado, mas concebem uma nova relação Estado e Sociedade. A privatização é o ponto de demarcação entre as duas posições.

2.1.1. A Descentralização e a Reestruturação do Estado no Brasil

No Brasil as características do Estado intervencionista diferem das que se podem identificar nos países ocidentais de economia mais desenvolvida (Draibe, 1995:2-4)⁷. O capitalismo social defrontou-se, com as diferenças provocadas por determinações sócio-econômicas e com a existência de um regime autoritário militar.

⁷ Nesse texto Draibe recupera a tipologia dos Estados de Bem-Estar Social: o meritocrático-particularista (clientelista ou corporativista), o residual ou liberal e o institucional-redistributivista ou social democrata. Aponta as seguintes características, para o residual ou liberal: a intervenção social do estado possui um caráter temporário, deve cessar com a situação de emergência resolvida. Limita sua atuação aos grupos dependentes de extrema pobreza. Concentram a atenção em algumas áreas que afetam estrutura de oportunidades, a educação e as relacionadas com a segurança e justiça; o modelo institucional redistributivista ou social democrata- neste o *welfare state* é concebido como essencial às

Trata-se aqui de um “intervencionismo estatal que se pretende calcado na justiça social e a favor da empresa nacional, mas que, na realidade, é necessário para controlar o embate de classes para a realização da acumulação em suas formas atuais, e que tem seus especificadores (...) numa intervenção deliberada (distinta da do Estado liberal), na ascensão dos técnicos e no reconhecimento dos chamados direitos sociais. (Este é o) planejamento capitalista, em sua forma brasileira” (Manzini Covre, 1983:40).

Configura-se assim uma situação em que se constata acentuada intervenção estatal na economia e fortalecimento do poder dos técnicos enquanto agentes macroordenadores alojados no aparelho de Estado. Embora reconheçam os direitos sociais, as políticas sociais são formuladas e implementadas como decisões privativas dos burocratas e de segmentos da sociedade que têm acesso privilegiado ao poder. “Instalou-se, em todas as ações de governo, uma lógica política baseada no privilégio e na privatização das atividades públicas” (Abranches, 1985:12). E isso ocorreu, continua o autor, porque o atendimento às demandas sociais não se fez com base nos direitos dos cidadãos, nem por mecanismos de representação abertos e diversificados. Privatizou-se a ação pública, já que as decisões atendem antes a interesses particulares que a interesses públicos ou ao interesse coletivo.

O Estado intervencionista no Brasil, centralizado e autoritário, com programas sociais atentos a interesses particulares, comprometeu a eficácia dos seus gastos sociais e não beneficiou os mais necessitados. Essa situação acentuou-se com a crise fiscal e tornou necessário que se repensasse o modelo de desenvolvimento em vigor no país.

Nesse contexto de crise, a reestruturação do Estado pareceu indispensável e a descentralização surgiu como uma possibilidade para que se redefinissem os diversos níveis de intervenção governamental.

Assim, a discussão sobre a descentralização no Brasil e em outros países latino-americanos, apesar da conjuntura diversa, a perspectiva neoliberal também esteve presente, trazida pelos organismos internacionais de financiamento, que preconizavam, e ainda preconizam, a redução do Estado, para dar maior eficácia ao aparato estatal e reduzir o gasto público, tendo em vista a superação da crise econômica e social desses países.

sociedades contemporâneas, voltados para a produção de bens e serviços desmercantilizados e garantidos a todos segundo critérios universalistas, configurando portanto direitos sociais dos cidadãos; o meritocrático-particularista, é aquele que as pessoas devem ter condições próprias de resolver suas necessidades pelo trabalho, pelo seu mérito- apoia em dois pilares, daí sua característica híbrida: no contrato/seguro social através do qual parte da população passa a merecer um benefício futuro; na universalização, constituído pelos programas de educação e saúde básicas acrescido dos programas emergenciais. A espinha dorsal é o seguro social e daí exclui quem não está no mercado de trabalho; são sistemas corporativos e estratificados. Este último modelo foi aquele desenvolvido pelos países latino-americanos com adaptações, assentando-se nos dois pilares seguro social e políticas universalistas-educação básica, reproduzindo as lógicas clientelísticas e corporativistas do padrão conservador. Os padrões meritocráticos e conservadores de *Welfare state* apoiaram-se no direito universal à educação e depois expandiram-se para a proteção à saúde. (Cf. AURELIANO, Liana M. e Draibe, Sônia M. *A especificidade do “Welfare State” Brasileiro*, Brasília, Economia e Desenvolvimento, MPAS/CEPAL, 1989.

A descentralização, nessa visão, busca garantir a eficácia das ações estatais, mas tendo em vista a necessidade de reduzir o gasto público. Ela é uma resposta à crise fiscal, pois os recursos são insuficientes e os disponíveis são mal utilizados, principalmente na área social. Assim, as medidas para reduzir o gasto público, nos países latino-americanos, incidem, principalmente, nos setores sociais, pois mais fragilizados, representando interesses menores na burocracia, não conseguem, nas arenas de negociação de recursos, fazer frente às demandas dos outros setores, principalmente os de infra-estrutura.

O relatório do Banco Mundial (1988) vem reiterar essas assertivas quando diz que, para os gastos públicos serem eficientes e eficazes, é necessário dar maior autonomia e responsabilidade às entidades públicas descentralizadas. Para isso propõe reformas das finanças públicas através de: orientação dos gastos para atividades em que seja difícil a participação do governo; taxas de utilização e de outras ligadas a benefícios, para financiar esses gastos; e descentralização de algumas responsabilidades públicas, transferindo-as para órgãos mais ligados às necessidades e condições locais.

Essa posição é melhor explicitada, e criticada, por Batista (1994) que, na sua análise do Consenso de Washington, recupera o discurso de Emmerij, assessor do BID. Segundo essa análise, do ponto de vista de Emmerij, as reformas sociais da América Latina não se viabilizariam com o Estado, em quem não se poderia confiar, mas através da descentralização, da municipalização dos recursos oficiais e da mobilização das organizações não governamentais. E “para garantir a governabilidade e as reformas liberais seria necessário “desagregar o Estado” para superar as burocracias nacionais entendidas como obstáculo por excelência da modernidade”.

Na visão do Banco Mundial, o desenvolvimento acarretou uma participação acentuada do Estado na economia, ocasionando desperdícios dos recursos disponíveis. A descentralização tornaria a burocracia estatal sintonizada com sua clientela e capaz de estabelecer conexão eficiente entre “*inputs* e *outputs*” (Guimarães, 1993:34), transferindo competências, redistribuindo o poder e responsabilidades, bem como buscando dar eficiência ao gasto público, inclusive através da cobrança de taxas para utilização dos serviços. Nesse sentido é que se diz que, na perspectiva neoliberal, descentralização também significa privatização.

Rondinelli (1983:23) reitera essa tendência quando afirma que, na maioria dos países em desenvolvimento, a descentralização deve ser um processo para incrementar a capacidade de organizações locais ou não-governamentais de assumirem efetivamente novas funções e responsabilidades. Entre as diversas formas de descentralização, Rondinelli (1983) considera a privatização, posição diversa de seu artigo de 1981. A privatização, segundo o autor, é a transferência da responsabilidade pela produção de bens, que eram oferecidos por empresas públicas/estatais para organizações paralelas, como indústrias nacionais e associações financeiras ou empresas privadas.

Contudo, mesmo com a presença da perspectiva neoliberal no debate sobre a descentralização, buscando uma saída para a crise econômica, no Brasil e em outros países latino-americanos, essa discussão foi pautada sobretudo pela ótica da política, expressando a exigência de que se estabelecesse um novo contrato social entre o Estado e a sociedade civil.

Esse novo pacto requeria que o Estado tivesse outro perfil –democrático – mas que também tivesse suas dimensões reduzidas, visto que muitos de seus poderes e atribuições deveriam ser devolvidos à sociedade civil territorial e funcionalmente organizada. Não se tratava de reduzir o Estado com vistas à constituição de um Estado mínimo neoliberal, mas de reconfigurar o Estado; de torná-lo democrático e mais ágil; de redirecioná-lo para atender às demandas sociais e não aos interesses corporativos e burocráticos característicos do Estado autoritário.

Assim, integrada ao processo de superação de uma crise essencialmente política, a discussão da descentralização passou, principalmente, pela discussão da democratização e da participação. E a tal ponto que, em alguns momentos, os termos *descentralização* e *democratização* foram tomados como sinônimos: a descentralização “além de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos finalísticos tais como a universalização, a equidade, o controle social, que não seriam enfatizados se a perspectiva fosse meramente racionalizadora”(Teixeira, 1990:81).

A relação entre descentralização e participação não é de identidade, mas de sinergia. A descentralização inscreve-se como uma condição necessária, embora não suficiente, para desenvolver a participação, para que a população participe da gestão dos interesses coletivos. De outro lado, a participação é fator de viabilização da descentralização.

Borja (1987:48) explora a relação que se dá entre descentralização e sujeitos sociais de um determinado território, na medida em que o “ente descentralizado espera possuir competências e funções decisórias próprias, mas também participar do processo de elaboração, decisão e execução de programas e normas que condicionam sua atuação, podendo inclusive reduzir sua autonomia real”.

Em países como o Brasil, no qual os interesses privados prevalecem sobre os coletivos, a participação não se viabiliza, necessariamente, com a existência de organismos descentralizados e, teoricamente, próximos da população. Mas, mesmo nessas condições, a descentralização constitui um fator importante para estimular a dinâmica participativa mediante a abertura de canais de comunicação entre os usuários e as organizações descentralizadas, permitindo, no mínimo, que façam chegar suas necessidades a quem tem o poder de decidir.

A realidade sócio-econômica, política e cultural da população, para quem o poder é transferido, determina diferentes posições sociais diante desse poder. Por isso, a descentralização não garante automaticamente a participação, podendo, em algumas circunstâncias, reiterar as diferenças. A possibilidade de participar não homogeneiza os

interesses que permeiam a relação, inclusive pela descrença no poder de influenciar os acontecimentos. As mudanças sociais benéficas requerem, com frequência, o uso de poder diferencial, mantido apenas pelos privilegiados (Giddens, 1991:154).

A descentralização é uma condição para que as organizações que articulam os interesses dos excluídos possam fazer ouvir a sua voz, buscando garantir igualdade de acesso, ao mesmo tempo em que viabiliza a articulação e implementação de políticas de desenvolvimento de modo a aumentar a equidade, fortalecendo as unidades regionais e sub-regionais e permitindo aos líderes políticos a apreensão dos problemas e prioridades do desenvolvimento (Rondinelli, 1981:139).

Assim, a descentralização transparece em duas visões, de um lado aquela que quer garantir a igualdade social e de outro a que privilegia o desenvolvimento.

A descentralização, como um novo paradigma da organização e gestão pública, não é o único meio de democratizar, mas constitui um instrumento de expansão da lógica democrática, pois possibilita a criação de novas instâncias de negociação, podendo mudar a forma de organização do próprio aparato estatal.

Nessa vertente situam-se os progressistas, como Borja(1987:39), que vêem a “descentralização político-administrativa como um meio adequado para promover a socialização política das classes populares e o desenvolvimento das liberdades individuais, assim como as transformações sócio-econômicas de tendência igualitária”.

A descentralização, considerada como parte do encaminhamento da solução dos problemas sociais, supõe que a transferência de poder venha no âmbito de uma transformação político-administrativa que vise a facilitar o acesso da população aos centros de poder e, conseqüentemente, que vise a atender à demanda social. Uma transformação tão ampla que, em alguns casos, pode exigir que se alterem, inclusive, as condições sócio-econômicas de uma região ou de uma localidade.

Sob essa perspectiva, Rofman (1990:20) entende que a descentralização político-administrativa ou territorial não se implementa realmente sem liberdades democráticas que garantam o voto popular. Assim, “a descentralização, como um processo de redistribuição do poder de decisão estatal em suas dimensões funcionais ou territoriais, não terá razão de ser se não vier acompanhada pela presença ativa da sociedade civil, receptora desse processo, para a definição, para o controle e para o acompanhamento das ações estatais descentralizadas”.

Para superar a crise nacional, política, econômica e social, a sociedade civil deveria exercer o comando concertadamente com o Estado (Boisier, 1987:148).

Para os que defendem essa tese, o processo de descentralização pode contribuir para redefinir as relações de Estado e Sociedade e o próprio aparato estatal. É o que prevêem que aconteça quando são criados novos centros de poder que agreguem interesses de diversos atores sociais, buscando soluções para problemas que sejam

inerentes à realidade em que vivem, e que tornem o Estado permeável à participação da população.

A descentralização, sob essa perspectiva, aparece como fator relevante para que haja uma participação eficaz, para que o exercício da cidadania seja possível e para que se garantam os direitos sociais. Não tendo esse propósito, no mínimo implícito, a descentralização não chegaria a determinar qualquer mudança na lógica das ações estatais.

Apesar da importância da relação da descentralização com democracia e participação, por si só, não muda de imediato o tipo de dominação, de clientelismo, que tem marcado as relações Estado e Sociedade, nos países latino-americanos e, em particular, no Brasil. Com a descentralização pode ter sido iniciado um processo, mas ele não será capaz de mobilizar igualmente toda a sociedade, pois nem todos os segmentos que a compõem estão no mesmo tempo e espaço. Seria por demais ingênuo crer que as contradições inerentes à sociedade latino-americana poderiam ser superadas, unicamente, pela descentralização.

2.2. CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO: UMA RELAÇÃO DIALÉTICA

Se o conceito de descentralização, nos países latino-americanos, remete à democratização e à participação, o seu entendimento, no entanto, passa necessariamente, pela centralização. Um poder totalmente descentralizado com a extinção do poder central constitui a negação do Estado. A descentralização deve supor sempre a possibilidade do Estado recuperar o poder transferido,

Por isso descentralização e centralização são dois extremos opostos, mas não mutuamente excludentes, ligados entre si por uma relação dialética. Ambos subsistem integralmente, embora possam manifestar-se sob diferentes formas, o que explica que não exista descentralização nem centralização em estado puro (Prats, 1973).

Sob essa perspectiva, a descentralização é consequência de um processo de concentração e desagregação que pode transcorrer mais ou menos, lentamente, conforme a sociedade em que ocorra.

Bobbio (1986) comenta, nos seguintes termos, esse processo de opostos não excludentes: “(há) centralização quando o poder das entidades locais e dos órgãos periféricos são reduzidos ao mínimo indispensável para que ainda possam ser consideradas entidades subjetivas de administração”; há descentralização, ao contrário, quando os órgãos centrais do Estado detêm apenas o poder mínimo indispensável para realizar suas atividades.

Estando os dois extremos relacionados dialeticamente, a existência de um não implica o desaparecimento do outro. Entender a descentralização como processo que se dá em determinados tempo e espaço implica, assim, entendê-la em relação (dialética)

com a centralização. Se a descentralização é definida como processo de transferência de poder do centro para a periferia, só o poder centralizado pode ser descentralizado: não existindo poder central, não haverá o que transferir.

Os processos de centralização e de descentralização não se dão do mesmo modo nos Estados federais e nos Estados unitários. Pode-se dizer que existem formas intermediárias entre Estado federal e estados unitários mais descentralizados, ou menos. Surge daí a diferença entre descentralização política e descentralização administrativa: a primeira traz implícito o conceito de autonomia política; a descentralização administrativa deriva do aparelho político-administrativo do Estado.

O conceito de descentralização política é adequado para os Estados unitários, mas um Estado federalista é necessariamente, por natureza, politicamente descentralizado. Os entes federados não agem por transferência do poder central, mas por terem seu poder definido constitucionalmente. Não há poder “central” que possa, simplesmente, retomar para si as competências das unidades federadas. Nos Estados federados, em tese, não se estabelece a tensão dialética entre os pólos centralização/descentralização, a relação aqui é de outro tipo.

Para dar conta do que ocorre nos estados federados, Elazar (1990:35-36) introduz o conceito de “não-centralização”. Nesse modelo, a autoridade central não tem poder nem para descentralizar nem para recentralizar, conforme seus desejos ou interesses. Não havendo hierarquização no federalismo, não há tampouco qualquer movimento de centro e de periferia. O poder dos estados-membros da federação não é resultado de delegação. Suas ações legitimam-se pelo voto; sua autoridade não advém do governo federal e, ainda que participem de atividades patrocinadas pelo governo da União, os estados federados não perdem o poder de decidir nem de formular políticas. A menos que se trate de assunto que interesse à própria federação como tal, e haja explícita determinação legal superior, os governos dos estados-membros da federação não são obrigados a aderir a atividades propostas pela União.

Se se entende a federação como uma estrutura de níveis, introduz-se a noção de um poder central forte e se eliminam quaisquer arenas de negociação, arenas que, precisamente, são indispensáveis para a discussão e para o encaminhamento dos interesses coletivos. Por isto, para Elazar, o conceito de “não-centralização”, deve ser entendido como uma *matriz*: os poderes não se organizam em pirâmide, porque não se estabelece entre eles uma ordenação fixa.

Essa relação entre centralização e descentralização e não-centralização, próprio dos estados federais, como construção ideal, não se concretiza em versões idênticas entre si, nas várias federações. As singularidades das relações intergovernamentais determinam diferentes tipos de federalismo (Almeida, 1994:9-21)⁸ e, simultânea e

⁸ A autora distingue três tipos de arranjos federativos, a partir da literatura especializada: o federalismo dual, que é o modelo originário, no qual “os poderes do governo geral e do Estado, ainda que existam e sejam exercidos nos mesmos limites territoriais, constituem soberanias distintas e separadas, que atuam de forma separada e independente, nas esferas que lhes são próprias” (ACIR, 1981, p.3). Os

conseqüentemente, os diferentes significados que o termo *descentralização* passa a assumir em cada caso.

A discussão que segue procura dar conta de alguns dos significados atribuídos à descentralização.

2.2.1. Descentralização e Desconcentração

A descentralização distribui a administração do poder no âmbito de um território nacional. Com isso consubstancia uma reforma político-administrativa que fortalece as estruturas regional e local de poder em detrimento do nível central. Sem dúvida, porém, a sua efetividade está condicionada pela composição dos interesses dos grupos sociais dominantes e das respectivas estruturas locais de poder.

Até aqui a descentralização foi considerada como um processo de transferência de poder do nível central para o nível local ou regional; um processo político-administrativo conduzido, principalmente, por agentes do poder central. Claro que esse processo não se faz apenas pela racionalidade das ações administrativas, mas por pressões e negociações de vários grupos de interesse existentes no aparato estatal e fora dele, bem como da própria sociedade que vai mudando e pressionando para assumir novos espaços no processo de tomada de decisão, de formulação de políticas.

A concentração ou centralização de poder que ocorreu no denominado modelo desenvolvimentista significou acumulação de funções do Estado no nível superior sem nenhuma delegação. No entanto, a ruptura dessa centralização, como diz Rofman (1990:28), pode manifestar-se não apenas pela descentralização, mas também pela desconcentração e devolução.

Apesar do movimento social, a descentralização tem passado, principalmente, pelo interior do aparato estatal, por demandas de burocratas e de atores políticos como prefeitos, governadores e de intelectuais vinculados a movimentos sociais (Arretche, 1995:12).

Embora alguns autores (Borja, 1987; Boisier, 1987) considerem a desconcentração como estratégia para a descentralização e a devolução como um grau (Rondinelli, 1981), aqui tais possibilidades serão consideradas como parte do processo, não como um caminho para chegar à descentralização.

dois outros tipos resultam, segundo a autora, da transformação desse primeiro tipo, quais sejam: federalismo centralizado e federalismo cooperativo. O centralizado “implica a transformação dos governos estaduais e locais em agentes administrativos do Governo federal, que possui forte envolvimento nos assuntos das unidades subnacionais e primazia decisória e de recursos”. O federalismo cooperativo “comporta graus diversos de intervenção do poder federal e caracteriza-se por formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento”. Nesses dois últimos tipos a existência de competências comuns convive e choca-se com o princípio da definição de funções entre os níveis de governo, característica dos estados unitários.

Desconcentrar é delegar competências sem deslocar o poder de decisão⁹. Desconcentração implica transferência de algum poder por delegação. Nesse caso, o órgão que transfere não perde seu poder de decisão e o que recebe as competências as tem por delegação, agindo em nome do governo central, sua autonomia relativa. Nesse sentido, a desconcentração não conduz, necessariamente, à descentralização. É um outro movimento. Faz parte desse processo mas não é, como querem alguns autores, uma condição necessária para descentralizar (Boisier, 1987; Tobar, 1991).

A desconcentração, em um determinado momento da conjuntura política, pode constituir a melhor estratégia para transferir poder, mas não uma etapa da descentralização, pois envolvem decisões políticas distintas. Enquanto descentralizar é redistribuir poder e alterar os interesses de grupos no poder, desconcentrar é um meio termo entre o poder centralizado e o transferido.

Assim, desconcentração significa delegar competências, no âmbito do próprio aparelho estatal, para entidades descentralizadas ou para unidades deslocadas, geograficamente, da própria organização. Implica uma perspectiva hierárquica, pois significa transferir a capacidade de tomar decisão de um nível para outro de uma mesma organização; por isso a unidade que recebeu a delegação trabalha com as mesmas normas que regulam as atividades do organismo que delegou as competências (Boisier, 1987:40).

A desconcentração difere da descentralização, pois enquanto na primeira há apenas um deslocamento da decisão, na segunda o poder é transferido. São estratégias diversas para atingir um mesmo objetivo: levar para mais próximo da população o poder de decisão sobre as ações do poder público, com o intuito de dar maior eficácia às ações estatais, viabilizando a participação.

Como processo de transferência de poder para pessoas ou grupos, a descentralização contraria interesses, pois esses atores se organizam em torno de competências que lhes atribuem o poder de tomar decisões. Então, nesse processo há efetivamente uma redistribuição do poder decisório, como resposta a uma situação de centralização, resultado de um processo histórico.

A redistribuição do poder também é uma decisão política, denominada de político-administrativa ou territorial, porque não se refere apenas à transferência de atribuição de decisão para outro órgão, como também envolve uma dimensão geográfica ou espacial. Ou ainda para outro ente público, mas de gestão privada.

⁹ Os autores que visualizam a desconcentração como uma etapa da descentralização (Rondinelli, 1983; Tobar, 1991; Borja, 1987; Lobo, 1990) identificam no gradiente da descentralização a delegação; no entanto, aqui, considerou-se como movimento de descentralização a própria desconcentração. O poder continua centralizado e delega-se a autoridade de gestão.

2.2.2. Descentralização e Devolução Social

A descentralização envolve mudanças, um novo processo de articulação entre Estado e Sociedade, entre o poder público e a realidade social. Apesar da importância da atuação do Estado, ele não pode substituir a sociedade em qualquer que seja o sistema. Assim, é necessário saber o que transferir, para quem e como transferir. Mesmo que a descentralização ocorra no âmbito do Estado, este pode transferir para outro ente público a prestação de serviços que é de sua competência. E isso significa devolução social.

Apesar desse conceito de devolução social não ser utilizado na análise do setor saúde do Estado de São Paulo, no período que se propõe estudar, optou-se por incluí-lo na discussão como uma das alternativas para a gestão das políticas sociais.

Coraggio (1991:70) diz que a descentralização, pensada como transferência da gestão dos serviços estatais aos usuários, constitui uma bandeira dos organismos internacionais para legitimar a desestatização e a privatização.

No entanto, é importante visualizar as diferenças que ocorrem no interior desse processo, pois transferir poder de gestão para os usuários dos serviços, desde que sob o controle do Estado, não é privatização. Nesse sentido é interessante recuperar a contribuição de Martins (1994:307) que distingue dois mundos no interior da administração pública – o do exercício do poder público e o dos bens e serviços “quase-públicos” ou meritórios.

O mundo do poder público, “que emana do princípio da soberania e do monopólio dos instrumentos de coerção”, configura uma parte do “sistema estatal dedica-se à prestação de serviços eminentemente estatais, constitutivos do processo de planejamento, avaliação e controle, aplicação das normas, manutenção da ordem, implementação das políticas e das decisões estabelecidas pelas autoridades governamentais”. No outro extremo está a produção de bens e serviços privados, vendidos no mercado. Entre esses extremos, ou seja, entre o puramente estatal e o privado-mercantil, o Estado intervém para fins de regulação social ativa, resultando bens e serviços que o autor denomina “quase-públicos” ou “meritórios”. O que os distingue dos bens e serviços privados é o princípio da exclusão, ou seja, aos privados só se tem acesso mediante pagamento, enquanto os meritórios são de interesse público e, portanto, de responsabilidade do Estado (Martins, 1994)¹⁰.

¹⁰ O autor diz que os bens quase-públicos ou meritórios como não são bens ou serviços puramente estatais, sua produção não necessita ser feita pelo Estado; o fato de ter assumido essa competência fez com que agregasse um novo mundo junto ao seu aparato estatal, parte dele. A expansão descontrolada dessa área ocorreu em prejuízo da sociedade e do próprio Estado. Isso porque esses dois mundos perdem a especificidade e a identidade; assim, essa interpenetração dos dois mundos impede a auto-afirmação da burocracia, a sua identidade. Daí Martins falar de desestatização do Estado, não no sentido da privatização, pois essa se refere ao mundo das atividades quase-públicas e a outra às atividades próprias do Estado.

A privatização poderá ocorrer no que se refere às funções quase-públicas e não de maneira indiscriminada em todo o sistema estatal. Ao contrário, a descentralização não deve se realizar de maneira uniforme em todo o aparato estatal. Seu reordenamento deve obedecer às diferenças de funções, pois a lógica não é apenas da redução do gasto, mas de tornar o Estado mais ágil e eficaz para atender o cidadão, daí a necessidade de liberá-lo das funções quase-públicas.

Nessa perspectiva, o ajuste que se pretende entre Estado e Sociedade não é a desmontagem do aparato burocrático apenas para reduzir gastos, mas para ordená-lo de acordo com uma nova lógica, que não é a do mercado mas a das necessidades sociais, da preservação dos direitos sociais já conquistados. Uma sociedade de classes não vive sem o Estado.

A descentralização, nesse sentido, não ocorrerá da mesma maneira em todo o sistema estatal. Naquilo que é específico do Estado deverá haver redistribuição do poder e redivisão do trabalho nos diferentes níveis de governo. Esse processo ocorrerá no âmbito do próprio aparato estatal. No que diz respeito às funções quase-públicas, descentralizar significa transferir para a Sociedade a produção de bens e a prestação de serviços, mantendo no âmbito do Estado apenas aquilo que é de fato estatal, ou seja, aquilo que garante o pleno atendimento do interesse público por parte dos seres sociais (Martins, 1994:310).

Para as funções quase-públicas pode haver mais de uma modalidade de descentralização, como: concessão, permissão, terceirização e parceria. O Estado concede a um ente privado, por delegação ou por concessão, realizar uma competência que possui de direito. A terceirização é a contratação de uma outra instituição, pública ou privada, para realizar, mediante contrato, por meio de licitação, uma tarefa que lhe é própria. Na parceria, no entanto, a tarefa pode ser partilhada de outra forma, por exemplo, pela associação de um ente público ou privado, mas não lucrativo, mediante convênio, para realizar atividades de interesse coletivo. Em todos esses casos o poder estatal transfere suas competências, mas elas podem ser recuperadas pelo poder cedente sempre que lhe aprouver.

Assim, na descentralização para um outro ente, seja ele público ou privado, quem recebe as competências estará sujeito às normas, à avaliação e aos controles de qualidade estabelecidos pelo poder cedente. Com a privatização não ocorre o mesmo. Não se pode dizer que seja descentralização, pois nesse caso há uma passagem integral do bem para a iniciativa privada, que passa a ter controle total sobre ele. Com isso cessa completamente a responsabilidade do Estado sobre esse bem ou serviço. Assim, apesar de a privatização constituir no discurso neoliberal um dos objetivos da descentralização, conceitualmente não o é.

Posições contrárias à estratégia neoliberal de privatização apontam o processo de transferência do Estado para Sociedade civil, sob a premissa de modernização, como parte do movimento privatizante, pois retira os problemas do espaço público e os

transfere para o espaço privado, propugnando maior articulação entre Estado e as organizações sem fins lucrativos (Tobar, 1991). Essa posição não considera que, apesar da transferência, o poder permanece sob a égide do Estado, que de algum modo pode recuperar esse poder transferido.

As posições, que classificam como privatização todo movimento de transferência de poder para instituições que não sejam estatais, comprometem o próprio conceito de descentralização. A nova relação Estado e Sociedade, que deve informar mudanças no aparato estatal, possibilitando aumentar sua eficácia e garantir os direitos sociais dos cidadãos, não poderá passar apenas no âmbito do Estado. O movimento de mudança do aparato estatal, que tem se caracterizado por ser centralizado, burocratizado, excludente, voltado, prioritariamente, para os interesses privados e clientelísticos precisará de novos parceiros, que privilegiem os interesses públicos ao invés dos particulares. Não se obterá a mobilização da sociedade para fazer valer os direitos de seus cidadãos, se as iniciativas forem apenas estatais, sem a contribuição de outras organizações, de outros atores, também públicos, mas não estatais, que estejam comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa e equânime.

Nesse sentido, é interessante recuperar Draibe (1993:99) quando diz que “envolver setores privados lucrativos ou não-lucrativos e descentralizar não constituem e nem podem assim ser considerados monopólio da estratégia neoliberal ou conservadora e, por isso, não podem ser descartados sem maior reflexão”.

A privatização não constitui, propriamente, um processo de descentralização, pois o Estado abre mão da produção dos bens e serviços quase-públicos para se reorganizar e, e se dedicar a suas tarefas específicas. Mas, transferir o poder para instituições não lucrativas, que não se regem pelas regras do mercado, pode significar descentralizar, desde que o Estado não abra mão dessas competências, como ocorre na privatização propriamente dita, quando cessa sua responsabilidade sobre o bem transferido. Nesse sentido, pode-se situar a devolução social como um dos processos de descentralização.

A devolução social é uma modalidade de descentralização da produção dos bens e serviços quase-públicos ou meritórios. Trata-se de transferir a produção de bens e serviços para organizações do tipo cooperativas ou outras associações sem fins lucrativos. Nesse modelo, o Estado permanece como fiador, garantindo as condições da produção, para realizar as atividades de interesse social. O Estado avalia e controla o desempenho dessas organizações, mas elas são autônomas para se auto-gerenciar (Martins, 1994:312). A autonomia é intrínseca ao processo de descentralização.

Na devolução o Estado não se exime de garantir os direitos sociais do cidadão, mas atribui à própria sociedade, sob seu controle e avaliação, o atendimento das demandas sociais. Esse processo de descentralização não é da mesma natureza daquele em que o Estado transfere, totalmente, a responsabilidade sobre bens e serviços para empresas.

Para governar para o conjunto da sociedade é necessário identificar as formas de organização, os interesses sociais e políticos que articulam e os diversos modos pelos quais se expressam (Coraggio, 1991:68). Sem desconhecer o papel regulador do Estado, não se pode crer que apenas iniciativas estritamente estatais sejam capazes de dar resposta de maneira equânime e justa às necessidades sociais da população.

A devolução, diz Martins (1994:336), anula a pretensão do Estado de ser o principal agente da solidariedade social.¹¹ E isso vem ao encontro da discussão proposta por Habermas (1987) e mesmo por Rosavallon (1981) da existência de uma sociedade solidária, que se organiza em espaços alternativos e que também exerce seu controle sobre o próprio Estado.

Esse processo só se viabilizará na medida em que os beneficiários das políticas sociais transformem-se em sujeitos dessas políticas. Elas trazem consigo o processo de construção da cidadania, desde que consideradas como direito, no seu caráter distributivo e não apenas compensatório. E essa mudança só ocorrerá através da educação para a cidadania, quando os diversos atores sociais tomarem consciência dos seus direitos de cidadãos.

Assim, a descentralização como processo político-administrativo de transferência de poder é fator de democratização enquanto o torna mais permeável às demandas dos cidadãos, através da sua participação no processo de tomada de decisão. Esse processo tem singularidades, em função da realidade social específica na qual se reproduz. Depende, portanto, da sociedade na qual o processo se desenvolve e das suas organizações, pois, em última instância, são elas que viabilizam a distribuição do poder.

2.3. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO: LIMITES E PERSPECTIVAS

A implementação de uma política de descentralização que envolva dimensões financeiras e político-institucionais, não é única. Ela se dá de diversos modos, dependendo das determinações e dos atores envolvidos. No Brasil, esse processo tem as singularidades de uma conjuntura multifacetada, a partir da década de 80, quando ocorrem lutas para mudança de regime, acirradas pelas contradições sociais e econômicas. Em um país continental e heterogêneo, no qual cada região está em um tempo sócio-cultural distinto, dificilmente, a descentralização poderia ser implementada de modo uniforme.

¹¹ Silva, na análise da experiência internacional da descentralização, identifica a devolução à sociedade organizada, de recursos e de mecanismos de intervenção e controle, anteriormente na esfera estatal, pois estimula-se redução do papel do Estado em benefício da regulação pelo mercado. Por isso o autor diz que esse paradigma de descentralização diferenciadora, seletiva e fragmentadora, induz não apenas ao aumento das desigualdades no interior da estrutura social; como dá tratamento privilegiado para setores com maior capacidade de inserção na economia internacional e incentiva a articulação de espaços subnacionais ao espaço econômico internacional. No entanto, o conceito de devolução social que se procurou delinear trabalha apenas com a relação Estado/Sociedade.

Sob essa perspectiva, é importante a idéia de processo, pois a descentralização não é um movimento abrupto, que se faz apenas pela vontade de alguns, sem considerar os interesses e as determinações sociais das realidades locais. Esse processo, significando um reordenamento de funções governamentais, para dar eficácia à ação do poder público, não passará de um discurso se não se utilizar estratégias distintas para cada realidade.

Essas questões apontam para os princípios identificados por Lobo (1988:19) para nortear o processo de descentralização, quais sejam: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle social. Em se tratando de um processo, nada mais coerente, pois sendo um projeto de reordenamento, não se faz em curto prazo, exige a capacitação dos poderes locais e regionais e implica a mudança da lógica que permeia as ações políticas. Ademais, a democratização do poder, necessariamente, implica a transparência das decisões, que devem estar de acordo com os interesses coletivos e não de grupos e lideranças que têm por prática utilizar em proveito próprio os recursos disponíveis.

Além disso, é necessário definir instrumentos de controle de avaliação para medir a eficácia das ações na implantação das políticas sociais. Esses instrumentos não podem estar apenas nas mãos da burocracia, seja central, que aloca os recursos, seja local, que os gerencia, mas da população-cliente, que precisa assumir efetivamente o controle social sobre os serviços prestados.

Nesse momento, é interessante retomar a questão do federalismo, pois o poder que se quer transferir, no caso da saúde, para uma gestão mais eficaz e mediante a participação dos cidadãos, já é de competência dos municípios.

A Constituição de 1988 declara que “a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais” (artigo 193). Trata-se do enunciado do Estado do Bem-Estar Social. Na parte da Constituição referente não apenas à seguridade social como também à educação definem-se as competências da união, estados e municípios, na gestão das políticas sociais.

No entanto, a Constituição define, na maioria das vezes, competências concorrentes entre os três níveis de governo. Isso, em um Estado historicamente centralizado, patrimonialista e desigual, social e regionalmente, tem consequências nas práticas de gestão em geral e, em particular, das políticas sociais. As desigualdades regionais fizeram com que se buscasse a sua superação através da transferência de recursos para implantação de políticas compensatórias. Isso tem consequências para a federação e para o processo de descentralização.

Apesar de o município, no Brasil, ser uma entidade federativa, isso não é realizado plenamente, pois como diz Camargo (1994:88) o “novo status recém-conquistado exige autonomia financeira e autogoverno”. Mesmo que o princípio federativo tenha fortalecido financeiramente estados e municípios, alguns desses entes federados vivem na dependência de transferências federais.

A descentralização realizada pela Constituição de 88, segundo Rezende (1995:11), aumentou a autonomia para gastar e não a competência para instituir os tributos para o financiamento do gasto. A receita da grande maioria dos estados e municípios brasileiros cresceu, mas em função das transferências federais. Isso faz com que se afrouxe o vínculo de co-responsabilidade entre o cidadão-contribuinte e o poder público estadual e municipal, o que gera condições propícias à irresponsabilidade e ao desperdício.

A descentralização e municipalização dos encargos públicos na federação brasileira não corresponde à realidade das demandas sociais, pois as transferências federais, privilegiando áreas menos desenvolvidas e municípios de menor porte, deixam a descoberto as grandes cidades e, especialmente, as regiões metropolitanas que concentram a pobreza. Assim, a descentralização “não atualizou os critérios de partilha de receita, hoje superados pelo desenvolvimento econômico e populacional do país, nem enfrentou consistentemente a temática das relações intergovernamentais no contexto de uma política de equalização fiscal nos moldes das federações do mundo desenvolvido” (Dain, 1995:36).

A tradição municipalista do Brasil, diferente de outros países latino-americanos, fez com que na Constituição de 88 não se conseguisse alterar o pacto federativo na área fiscal. O elevado número de municípios existentes foi importante na disputa travada no Congresso, entre os que queriam a descentralização de competências para tributar, e aqueles que apenas desejavam descentralizar os gastos. Nesse embate desempenharam um papel decisivo para manter a maior participação nas receitas federais, sem modificar as regras de partilha das transferências intergovernamentais.

“A desvinculação da decisão de gastar da decisão de instituir o tributo necessário ao financiamento do gasto propicia um ambiente favorável ao descontrole e ao desperdício. A eficiência na utilização dos recursos públicos requer um controle permanente da sociedade sobre o Estado” (Rezende, 1995:13), e depende da responsabilidade do governo em se comprometer com as demandas sociais e com a qualidade dos serviços prestados.

Apesar de a descentralização não se viabilizar sem os recursos financeiros necessários à execução das ações estatais, no sistema federativo as iniciativas de competência local não podem ficar totalmente na dependência do poder central. Isso vem ao encontro do que diz Rezende sobre não ser possível uma gestão eficiente e responsável sem vincular receita e gasto.

Portanto, a descentralização, como um processo político-administrativo de transferência de poder, não se viabiliza apenas com um reordenamento do aparato estatal. Descentralização também não é sinônimo de federalismo e nem de democratização e participação. Contudo, o processo de autonomia político-administrativa e financeira surge como um meio de “desativar a burocratização do

welfare state e aprofundar a participação cidadã nas estruturas e processos democráticos aumentando a visibilidade e o controle dos sistemas decisórios” (Fiori, 1995:2).

Nesse sentido, quando se transfere poder, transferem-se competências e, conseqüentemente, novas tarefas a serem realizadas. Isso tem diferentes impactos sobre a organização, dependendo da complexidade das competências transferidas, das suas finalidades e das suas relações com a sociedade.

Esse poder transferido cria espaços de negociação, permitindo-o tornar mais permeável ao controle social e capaz de responder com eficácia as demandas da sociedade. Com isso deve surgir uma nova organização, mais flexível e ágil para tomar decisões voltadas e comprometidas com as necessidades dos seus usuários. Esse novo formato do aparato estatal deve ser capaz de ultrapassar os limites institucionais, incorporando conhecimentos e práticas gerenciais condizentes com a realidade social da população (Motta, 1987:40), para conta de uma nova relação Estado e Sociedade. A incorporação dos instrumentos de planejamento e gestão poderá permitir que as políticas sociais desenvolvam ações que possam garantir os direitos sociais do cidadão.

Esse discurso que valoriza a descentralização como instrumento de agilização e flexibilização do aparato estatal, constitui uma resposta a um momento histórico, a um momento de crise da sociedade, que busca uma saída mediante um novo modelo de gestão. Neste trabalho, o que se pretende analisar é esse movimento em uma política social: a saúde. Em outras palavras, verificar as suas singularidades e o significado desse processo de transferência de poder, para a eficácia e eficiência da gestão da política de saúde no estado de São Paulo.

2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, Sérgio H.

1985 Os Despossuídos: Crescimento e Pobreza no País do Milagre. Rio de Janeiro, Zahar.

1989 O Leviatã Anêmico: Dilemas Presentes e Futuros da Política Social, Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, 1(1):7-31.

ALMEIDA, Maria Herminia T.

1994 Federalismo e Políticas Sociais [Projeto Balanço e Perspectivas do Federalismo no Brasil. Redefinição de Competências entre Esferas de Governo na Prestação de Serviços Públicos na Área Social, São Paulo. FUNDAP/IESP, (6) tomo1:9-21] (mimeografado).

ARRETCHE, Marta T. S.

1995 Descentralização, Democracia, Reforma do Estado e Bem-Estar: Conceitos que não se Equivalem. São Paulo, FUNDAP (mimeo).

AURELIANO, Liana M. & DRAIBE, Sonia M.

1989 A Especificidade do Welfare State Brasileiro, Economia e Desenvolvimento S
Brasília, MPAS/CEPAL.

BANCO MUNDIAL

1988 Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – 1988. Rio de Janeiro, Fundação
Getúlio Vargas.

BATISTA, Paulo Nogueira

1994 O Consenso de Washington: a visão neo-liberal dos problemas latino-
americanos. 2ª ed., São Paulo, PEDEX: CAMP/CEPIS/CMP/IFAS/MST

BOBBIO, Norberto et alii

1986 Dicionário de Política. 2ª ed., Brasília, Ed. Universidade de Brasília, p.329-
335: Descentralização e Centralização

BOISIER, Sérgio

1987 Los Procesos de descentralización y desarrollo regional en America Latina.
Revista de la CEPAL, Santiago de Chile, 31.

BORJA, Jordi

1987 Dimensiones Teóricas, problemas y perspectivas de la descentralización del
Estado. In BORJA, J. et al Descentralización del Estado – Movimento Social y
Gestión Local. Barcelona, Instituto de Cooperación Ibero-
americana/FLACSO/CLACSO.

CAMARGO, Aspásia

1994 O Novo Pacto Federativo. Revista do Serviço Público, Brasília, 118 (1): 87-94.

CARDOSO, Fernando Henrique

1995 Social Democracia é a alternativa viável. O Estado de São Paulo, São Paulo,
27 ago.1995 (Cad. 2-Esp)

CORAGGIO, José Luís

1991 Las Corrientes de Descentralización en America Latina, Cuadernos del
CLAEH, Montevideo, 16 (56):63-78.

DAIN, Sulamis

1995 Experiência internacional e especificidade brasileira. In: AFFONSO, Rui de B.
A. & SILVA, Pedro Luiz B. (org.). Reforma Tributária e Federação, São Paulo,
FUNDAP/ UNESP, 21-41.

DRAIBE, Sonia M.

1986 O padrão brasileiro de proteção social: desafios à democratização. Análise Conjuntural, Curitiba, 8(2):13-19.

1989 O "Welfare State" no Brasil: características e perspectivas. Ciências Sociais Hoje – ANPOCS1989, São Paulo, 13-61.

1993 As Políticas Sociais e o Neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. Revista USP, 86-101.

ELAZAR, Daniel

1990 Exploring federalism. Tuscalossa, University of Alabama Press.

FIORI, José Luís

1995 O Federalismo Frente ao Desafio da Globalização [apresentado no Seminário Internacional sobre Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil, São Paulo, FUNDAP/IESP, 1995] (mimeografado)

GIDDENS, Anthony

1991 As consequências da modernidade. São Paulo, Editora UNESP.

GUIMARÃES, Paulo Cesar Vaz

1993 Um estudo sobre o Banco Mundial e o desenvolvimento municipal. São Paulo [Dissertação de Mestrado- Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas]

HABERMAS, J.

1987 A nova intransparência: a crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo, 18: 103-114.

LOBO, Thereza

1990 Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, 74.

MANZINI COVRE, Maria de Lourdes (org.)

1986 A Cidadania que não temos. São Paulo, Brasiliense.

MARTINS, Carlos Estevam

1994 O circuito do poder: democracia, participação, descentralização. São Paulo, Entrelinhas.

OFFE, Claus

1983 A Democracia Partidária Competitiva e o Welfare State Keynesiano: Fatores de Estabilidade e Desorganização. DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 26(1):29-51.

PRATS, Yves

1973 Décentralisation et Développement. Paris, Editions Cujas

REZENDE, Fernando.

1995 Descentralização e Desenvolvimento: Problemas Atuais do Financiamento das Políticas Públicas [In: Seminário Internacional sobre Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil. São Paulo, FUNDAP/IESP, 1995] (mimeografado)

ROFMAN, Alejandro

1990 Aspectos Conceptuales sobre Descentralización Político-administrativa en America Latina [In: Seminario-Taller sobre: Descentralización de los Servicios de Salud, como Estrategia para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, Quito, 28/5 a 01/6/1990, Anais:13-40].

RONDINELLI, Dennis A.

1981 Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries. International Review of Administrative Sciences, 47(2).

RONDINELLI, Dennis et al.

1983 Decentralization in Developing Countries, World Bank [World Bank Staff Working Papers, nº 581, Management and Development Series, 8]

ROSANVALLON, Pierre

1981 Estado do Bem-Estar Social e Sociedade Solidária. Trad. Ricardo Coelho. In ROSANVALLON, P. La crise de l'Etat Providence. Paris, Ed. Seuil.

TEIXEIRA, Sonia M. Fleury

1990 Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 24(2).

TOBAR, Frederico

1991 O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, 1(5): 3-51.

3. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA NOVA FORMULAÇÃO

A década de 80 no Brasil e, em geral, na América Latina, foi marcada por iniciativas de mudanças no setor saúde. Isso se deu em função do "impacto dos processos de crise, ajustamentos e democratização" (Draibe, 1995:1).

Essa situação de crise repercutiu no setor saúde em função do modelo médico-privatista hegemônico no país, que tinha o Estado como seu principal financiador através da Previdência Social. A crise econômica, aliada ao processo de democratização, fez com que se abrissem novos espaços políticos e institucionais para redefinir a política de saúde. O ideário dos grupos organizados do movimento sanitário passou a dominar a cena e seus representantes ocuparam cargos nos organismos responsáveis pela gestão do modelo privatista.

Assim, os tecnocratas que, até então, dominavam a cena política na saúde e que buscavam uma saída para a crise do modelo através da racionalização dos recursos e mesmo do reconhecimento do direito da população de acesso à assistência médica, começaram a ceder espaço a um outro tipo de profissional, oriundo do movimento sanitário, comprometido com os direitos sociais, com a justiça e a igualdade na saúde. Esses profissionais, na sua grande maioria inseridos na burocracia pública, não podem ser caracterizados como tecnocratas, pois seu compromisso era de outra natureza, passava pelo movimento sanitário, pela luta para implantação de um modelo de saúde mais justo e equânime.

Os militantes desse movimento, representantes de segmentos mais avançados dos profissionais liberais da saúde, sobretudo, médicos, foram responsáveis pela concepção de uma nova política de saúde no Brasil, contribuindo para sua implantação.

A Nova República constituiu um momento significativo desse processo, quando representantes do movimento sanitário passaram a ocupar cargos diretivos nos órgãos gestores da política de saúde. Com isso fizeram valer, no âmbito do poder, o seu ideário, o seu compromisso com as mudanças sociais, dando corpo a um modelo de saúde alternativo ao médico-privatista.

Neste capítulo, pretende-se discutir esse processo de mudança, que se deu nas décadas de 70 e 80, com a conformação de um novo modelo de saúde, e as

determinações sócio-políticas e econômicas que favoreceram seu surgimento. A formulação desse modelo, orientado pelos conceitos de universalização, descentralização, integralidade e igualdade da atenção à saúde, foi uma tarefa de âmbito nacional, que comprometeu diversos atores sociais e diferentes interesses, repercutindo em todos os estados da federação.

É importante visualizar como se deu esse processo e os seus pontos de inflexão no decorrer das duas décadas para entender o que ocorreu no setor saúde do Estado de São Paulo pois, no Brasil, apesar do princípio federativo, as políticas sociais, especialmente a de saúde, são formuladas e financiadas a partir do nível federal.

A discussão inicia-se pelo modelo médico-privatista, hegemônico até final da década de 80, para depois abordar o evoluir do novo modelo de saúde, seu processo de formulação e sua coexistência com o modelo anterior. As marchas e contra-marchas que marcaram sua implementação, inclusive os interesses que se fizeram presentes, tornando-se fatores impeditivos à mudança na amplitude pretendida por seus formuladores.

3.1. ANTECEDENTES: O MODELO MÉDICO-PRIVATISTA

A discussão do modelo de saúde denominado reformista passa pelo modelo médico-privatista que moldou a política de saúde dos anos do autoritarismo.

Partindo da concepção de Campos (1989:53), entende-se o modelo como um modo de produção das ações de saúde e a maneira pela qual são organizados os serviços para produzir essas ações e distribuí-las.

Como todo modelo, trata-se de um discurso que só se concretiza quando as suas determinações representam os interesses dominantes no setor; a partir daí passa a ser possível a implementação do modelo e a alocação dos recursos que podem torná-lo viável. Essa concepção permite visualizá-lo como uma forma de concretizar uma proposta de política de saúde, enquanto incorpora diretrizes e orienta a operacionalização.

É sob esta perspectiva que se deve tomar o modelo neste trabalho.

Assim é o médico-privatista que se conformou no Brasil, no período 60-70. Esse modelo assistencial, hegemônico até o final da década dos 80, cresceu em torno de dois eixos contraditórios e mutuamente excludentes: o da medicina curativa privada e o da medicina preventiva pública. Sua organização, financiada pelo Estado, moldou, em âmbito federal e estadual, um aparato institucional voltado para as ações de prevenção e de cura, ficando os municípios apenas com as ações residuais de pronto-socorro. Essa lógica dicotômica repercutiu também na clientela, já que apenas os previdenciários tinham acesso à assistência médica individual; aos não previdenciários restava buscar atendimento nas organizações públicas voltadas para ações preventivas.

Nesse modelo assistencial dicotômico prevalecia a medicina curativa privada, orientada pela lógica do lucro. Os serviços médicos eram propostos e constituídos em função do mercado, da demanda potencial, e não das necessidades de saúde da população. O acesso aos serviços dava-se mediante seu pagamento diretamente pelo usuário ou, indiretamente, pela Previdência Social.

Foi através da intervenção do Estado que o modelo se expandiu. O Estado interveio principalmente ao financiar a rede privada e ao comprar seus serviços. Sem outro critério que o do retorno financeiro, investiu-se nos pontos nos quais havia demanda (Campos, 1989:54). A União bancou o investimento na ampliação da rede médico-hospitalar, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – e bancou também o custeio da rede, comprando serviços para os previdenciários. Contudo, esse fundo fora criado também para financiar o setor público, apesar de na prática ter privilegiado o setor privado¹².

O Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária – INAMPS, dava cobertura de assistência médica a toda a população previdenciária e apenas a ela. Os previdenciários tinham acesso aos serviços próprios do INAMPS e aos da rede privada contratada e conveniada pelo mesmo INAMPS.

Nesse modelo coube ao Estado, além de financiar e comprar os serviços de saúde para os previdenciários, manter as ações de saúde pública e o atendimento aos excluídos do mercado formal de trabalho, o que era feito através do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde.

Foi a esse estado de coisas que se contrapôs o movimento sanitário que, com o ideário da saúde pública, estava alijado da gestão da política de saúde dominada pelos burocratas do INAMPS, associados aos interesses médico-privados.

O Ministério da Saúde, voltado para as ações preventivas e programáticas, financiava as tarefas programáticas por ele definidas – os programas de saúde – que cabia às Secretarias Estaduais de Saúde cumprir. Para esses programas, os braços operacionais do Ministério da Saúde nos estados eram as Secretarias da Saúde. O Estado de São Paulo gozava de um certo grau de autonomia de ação e recursos, mas a maioria dos estados, especialmente das regiões mais pobres do país, dependia integralmente dos recursos do Ministério da Saúde.

Além dessas ações programáticas executadas pelas Secretarias de Estado, o Ministério da Saúde cuidava da terapia e da profilaxia de moléstias endêmicas, através da

¹² Criado pela Lei nº 6168 de 09/12/1974, em solicitação do Conselho de Desenvolvimento Social. Segundo a Lei que o instituiu os recursos destinavam-se, dentre outros, financiar os projetos de interesse do setor público, nas áreas de Saúde, Saneamento, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência Social; nessas mesmas áreas também projetos de interesse privado. cf. Braga e Paula, op. cit. p. 125.

SUCAM, em todos os estados exceto São Paulo. Nesse contexto é importante ressaltar que o Ministério da Saúde mantinha uma estrutura centralizada, verticalizada e totalmente compartimentalizada. As ações mais eficazes eram executadas pela SUCAM e pela Fundação SESP.

Assim, o Ministério da Saúde dispondo de poucos recursos, ocupava-se com o financiamento aos estados para atender à população excluída do mercado de trabalho; com o combate às endemias e com a manutenção de hospitais especializados destinados à mesma clientela.

O INAMPS, por sua vez, além de dispor de fonte de recursos vinculada, oriunda da contribuição previdenciária dos assalariados, era uma instituição nacional organizada para controlar e definir o relacionamento com o setor privado contratado e conveniado; contava, além disso com uma rede própria que, em algumas regiões do país, dispunha de tecnologia altamente complexa. Por isso era o INAMPS que definia o modelo assistencial a vigor no país, e a própria política de saúde.

A lógica que viria a determinar a atuação do INAMPS foi construída a partir da década de 60, em um contexto também de crise, no qual os principais atores, oriundos dos antigos institutos de previdência, conceberam um modelo que privilegiou os interesses do capital privado. A concepção do modelo médico-assistencial privatista está na origem do próprio órgão: a assistência médica era pulverizada pelos institutos e teve agravada sua situação financeira em função da "ausência de escala econômica (...) o que cria uma exigência interna de racionalização que culminaria na unificação de 1966/67" (Braga e Paula, 1981:66).

O INPS, depois INAMPS, portanto, não foi criado, como instituição, para definir o modelo assistencial que melhor atendesse às necessidades de saúde da população do país. Nasceu, ao contrário, para implementar um determinado modelo já conformado. Braga e Paula (1981:103) dizem que no "primeiro boom" constatado na assistência médica previdenciária, já era visível que a rede oficial de serviços não conseguiria atender à crescente demanda por serviços de atenção à saúde. Após a unificação dos institutos tampouco consolidou-se uma política de expansão da rede oficial previdenciária, tendo continuado a haver espaço para que o capital privado se desenvolvesse no setor.

A instituição gestora do modelo assistencial privatista organizou-se de modo desconcentrado por todo o país, sob um sistema centralmente normatizado. Foi uma rede que se organizou em torno dos interesses dos burocratas do INAMPS, nas relações com os prestadores privados de serviços médicos. Para preservar os seus interesses e ao mesmo tempo garantir, pelo menos aparentemente, a racionalização da distribuição dos recursos, criaram-se sistemas de controle internos e externos. O *ethos* dessa organização nacional fortemente articulada com os interesses privados marcava sua prática institucional por todo país.

Era exemplar o funcionamento dessa instituição desconcentrada. Com autonomia para a gestão de seus recursos financeiros e humanos, cada unidade negociava, contratava e controlava os serviços médicos comprados da rede privada. Dispondo de recursos financeiros próprios e sob gestão autônoma, o processo de desconcentração acentuava-se pelas normas de organização, que garantiam a uniformidade dos procedimentos.

A dicotomia presente no modelo hegemônico não foi superada com a promulgação da Lei 6.229/75 do Sistema Nacional de Saúde que, ao contrário, demarcou dois grandes campos de atuação do setor público de saúde do país: Ministério da Saúde responsável pela promoção de ações "preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo", cabendo ao Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS "principalmente o atendimento médico assistencial individualizado". Essa lei não introduziu alterações no modelo assistencial hegemônico no país e, em essência, o reconheceu, apesar de haver apontado a necessidade de que os componentes do sistema fossem mais fortemente articulados entre si.

Essas instituições deveriam ser articuladas através da "elaboração de programas regionais que integrem num todo harmônico as atividades preventivas, curativas e reabilitação" com a "participação de todos os órgãos públicos e privados que atuem na região, de modo a organizá-los segundo a hierarquia técnica condizente com a área assistida"¹³.

Assim, o Sistema Nacional de Saúde-SNS consolidava a proposta da montagem de duas redes autônomas e complementares para a prestação de serviços: "a médico-sanitária, sob o controle do setor público (...) e outra médico-hospitalar gerida pelos setores público e privado" (Braga e Paula, 1981:198). Buscava superar as deficiências do modelo previdenciário, voltado para o atendimento da população dos centros urbanos, bem como ampliar os serviços médico-sanitários, praticamente estagnados nos últimos dez anos. Desse modo, pretendia conter a medicina previdenciária, articulada com o setor privado e ampliar o atendimento médico-sanitário, utilizando ações de tecnologia simplificada e de baixo custo. Pressupunha a articulação entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e desses com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, e também como com o setor privado.

A proposta já continha a idéia de regionalização e hierarquização das ações de saúde, uma vez que mencionava o movimento do mais simples para o mais complexo

¹³ A idéia do Sistema Nacional de Saúde – SNS, segundo José Carlos Seixas, surgiu na gestão Mário Machado Lemos, em 1974, quando foi formulada, pelo Consultor jurídico do Ministério da Saúde, uma proposta de sistema hierarquizado e centralizado com comando único do Ministério da Saúde. Essa proposta não tendo sido aceita pelos Ministros do Planejamento e Fazenda, foi engavetada. Esse era o momento da discussão da teoria sistêmica e, no governo Geisel, o Ministro Velloso solicitou do Ministério da Saúde, gestão Paulo de Almeida Machado, uma nova proposta de Sistema de Saúde. Como o Ministério não respondeu em tempo, pois o Secretário Geral do Ministério da Saúde estava em viagem, a proposta foi elaborada por um dos cardeais da Previdência, o médico Murilo Bastos, e apenas revista, por falta de tempo hábil, pelo Secretário Executivo do Ministério.

(Braga e Paula, 1981:199), e revelava a preocupação, no âmbito da saúde pública, com a questão da assistência médica que, de fato, parece ser a questão central da Lei. Os desdobramentos futuros no setor virão nessa linha.

Essa Lei do SNS não teve os efeitos que se esperava, porque não logrou alterar o peso político e financeiro dos órgãos do Sistema; pois o INPS (depois INAMPS) continuou definindo os rumos da política de saúde, sem alterar o modelo de saúde hegemônico.

Contudo, teve o mérito de trazer para a cena política questões ainda não formuladas, como: o papel do Ministério da Saúde na coordenação da política nacional de saúde; a integração interinstitucional; a incorporação da assistência médica e do próprio INAMPS como um aliado na condução da política.

Nesse sentido, é muito importante recuperar a visão de Donnangelo (1982:29) sobre essa lei e o seu papel na formulação do sistema de saúde. "A Lei do Sistema Nacional de Saúde em si não representa alterações substantivas no campo, mas é a primeira alteração legal das práticas sanitárias. Nesse sentido, essa lei tem um peso político muito substantivo. Ela não fez grandes alterações no sistema sanitário brasileiro, é uma Lei pobre na sua própria formulação, mas altera os setores, acaba ganhando peso político e acaba, de certo modo, abrindo o espaço político necessário para a reforma de saúde pública".

Donnangelo (1982:30) também atribui a essa Lei a incorporação da assistência médica à saúde pública. "O fato é que a saúde pública brasileira ficou até 1975 praticamente alheia às medidas de atenção médica individual. Ela vinha tendo sua prática concentrada no processo de controle ambiental, nos mecanismos de saneamento ambiental e controle de doenças transmissíveis. A partir de 1975 encontra na própria Lei do SNS um espaço necessário para o desencadeamento de uma nova prática, que é a prática de atenção médica que, rapidamente, se transforma, em 1976", por fatores conjunturais, que não vêm ao caso discutir, "na prática da atenção primária". Essa incorporação da atenção médica à saúde pública brasileira se deve ao fato do seu ingresso, naquilo que Donnangelo denomina, na "era da atenção médica de primeira linha a uma população desassistida", pretendendo transformá-la, progressivamente, para o conjunto da população.

Portanto, essa Lei, de alguma maneira, representou um momento de inflexão no setor público de saúde, trazendo questões que ainda não faziam parte da sua agenda, sem, contudo, alterar o modelo hegemônico.

O modelo médico-privatista, já ao final da década de 70, começou a dar sinais de esgotamento. O montante dos recursos despendido pelo Governo na política de assistência médica previdenciária crescera desordenadamente e, sobretudo, a partir de 1979, já era considerável. Até meados dos anos 80, o orçamento da Previdência Social, só inferior, no país, ao orçamento da União, destinava 28% das receitas ao setor saúde.

O custo sempre crescente do modelo implantado no país para o atendimento às necessidades de saúde da população inviabilizou sua expansão. A falta de critérios para a compra dos serviços privados era incompatível com qualquer tentativa de ação racionalizadora; e o caráter dual do próprio modelo agravava ainda mais o quadro de superposições e descoordenações.

A crise fiscal do estado repercutiu na Previdência Social, determinando a contenção nos gastos; daí, conseqüentemente, repercutiu no perfil das políticas sociais. A crise econômica que impôs restrições ao volume de recursos transferidos ao setor privado foi determinante para que se passasse a buscar alternativas para a assistência médica aos previdenciários e exigiu que se repensasse o papel do Estado na assistência à saúde (Junqueira e Inojosa, 1990:9).

A rede privada de atendimento, entretanto, que se configurou a partir do modelo hegemônico, havia-se reproduzido e se consolidara. Os serviços públicos, voltados às ações de caráter coletivo – controle de endemias, de doenças infecto-contagiosas e atenção à população de baixa renda, não previdenciária – continuavam à margem do modelo vigente.

Sendo inviável também a expansão do modelo hegemônico, tornaram-se visíveis as oposições entre assistência individual e coletiva; entre assistência pública e privada; e o impasse levou à exigência de que fosse delineado um novo modelo, do qual se esperava que, de algum modo, superasse as contradições que, em boa parte, já estavam identificadas.

3.2. O EVOLVER DO MODELO CONTRA-HEGEMÔNICO: DA CONCEPÇÃO À IMPLANTAÇÃO

Em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, começou a se delinear um modelo contra-hegemônico.

Com o respaldo político que obteve nessa Conferência e a partir da base técnica que lhe deu o PIASS,¹⁴ um grupo técnico interministerial, apoiado pela Organização Panamericana de Saúde, elaborou um ambicioso projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Prev-saúde. O programa previa a universalização dos cuidados primários de saúde pela articulação interinstitucional entre serviços públicos e privados; a regionalização da assistência; a hierarquização dos serviços; a participação comunitária; a padronização dos procedimentos, visando a um maior controle administrativo e financeiro.

¹⁴ Programa de interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS propunha dar assistência médica primária, além do saneamento e de moléstias transmissíveis. Incorporou a assistência médica com propostas de regionalização. E já trabalhava a questão da participação comunitária e da simplificação tecnológica cf. Amauri Gelo, 1982:31. Seixas, 1995.

Sem apoio, sequer dos setores mais progressistas da saúde, o programa não chegou a ser implantado. Segundo Mendes (1993:35) "o projeto, levado a debate público, sofre contestações de caráter nitidamente ideológico de todos os grupos interessados na questão da saúde, e é analisado pela Ciplan e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, de onde não mais saíra".

Inaugurou-se uma nova etapa no setor, sob a inspiração dos movimentos sanitários de outros países, como Itália e Cuba. Alguma de suas propostas começaram a ser consideradas com maior atenção. A descentralização observada no caso italiano, viria a ser um dos princípios centrais do reordenamento do modelo assistencial do Brasil.

Entretanto houve uma diferença importante entre o processo da reforma sanitária italiana e o processo brasileiro. A reforma italiana fora reclamada e baseara-se em movimentos populares. A brasileira resultaria de intenso debate interno nas instituições públicas de saúde, na Universidade e em outras entidades relacionadas com o setor.

Para visualizar o processo de conformação desse novo modelo de saúde, ao qual Campos (1989:55) denominou de "modelo racionalizador/reformista", interessa recuperar algumas de suas etapas, ou melhor, alguns de seus antecedentes, para depois delinear o caminho que deu origem ao Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde – SUDS – de 1987 e ao Sistema Único de Saúde – SUS – definido pela Constituição de 1988.

Como uma primeira tentativa para reorientar a assistência médica previdenciária, indicando a alocação de recursos, especialmente os financeiros, e propondo medidas de avaliação e controle para o sistema de atenção médica, foi instituído, em 1981, pelo Decreto nº 86.329, o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. O objetivo desse órgão colegiado, que reunia representantes de vários ministérios e sindicatos patronais e trabalhistas, era estabelecer diretrizes gerais para uma assistência médica mais eficiente e mais eficaz (FUNDAP, 1988:7).

Em 1982, esse Conselho formulou um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – Plano CONASP- que, aprovado pelo MPAS, em 23/8/82, analisou o diagnóstico da assistência médica prestada à população, evidenciando os estrangulamentos e a exclusão presentes no modelo até então vigente. Concluiu que esse modelo era desarticulado; que os três níveis de governo desenvolviam as mesmas ações, o que dispersava recursos e favorecia o setor privado lucrativo.

O Plano CONASP propunha a regionalização progressiva do sistema de saúde, coordenada por uma comissão paritária integrada pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social – MPAS, da Saúde – MS, com a Secretaria da Saúde de cada estado da Federação. Apontava, assim, para a descentralização da gestão da política de saúde.

Nesse momento, o discurso da descentralização já se fazia presente na cena política associado ao movimento de desburocratização – Programa Nacional de

Desburocratização. Com a crise econômica e de governabilidade, que a descentralização, associada ao movimento de democratização do país, passou a integrar a agenda governamental, desencadeando a convergência entre democratização e descentralização. A centralização era tida como característica dos governos autoritários e negar sua legitimidade implicava ser favorável à descentralização.

O Plano CONASP fez um ensaio no caminho da descentralização, ao prever a parceria entre os níveis de governo e ao propor que os estados federados deixassem de ser executores de ações de prevenção e passassem a intervir na prestação da assistência médica. Isso deu início ao delineamento de um novo modelo de saúde.

A convocação de novos parceiros para a prestação de serviços de assistência médica deve ser considerada sob dois pontos de vista. Por um lado, como resultado da busca de solução para a crise de financiamento do modelo privatista e, por outro lado, como fator de favorecimento para o fim da dicotomia entre prevenção e cura.

Deflagrou-se, afinal, um novo processo de conformação e de gestão da política de saúde, iniciando-se de fato a incorporação da assistência médica ao aparato estatal de saúde pública e constituindo, no dizer de Gonçalves (1991:101), o evento mais notável “na área da Saúde no Brasil nos anos 80, aquele que a marcará como década, no sentido histórico”.

No processo enfatizou-se também a necessidade de planejamento local, com serviços de saúde públicos e privados hierarquizados de acordo com sua complexidade e com os mecanismos de referência e contra-referência; priorizaram-se as ações básicas de saúde, sobretudo a ambulatorial; e implementou-se uma política de valorização dos recursos humanos. O processo também previu a adoção de um sistema de pagamento por procedimentos e a introdução de mecanismos de auditoria médica.

O Plano do CONASP não propôs, propriamente, a descentralização, nem sequer a desconcentração, apenas incorporou a rede pública na prestação da assistência médica com vistas a reduzir a compra de serviços ambulatoriais da iniciativa privada¹⁵. O objetivo foi a racionalização, visando a reorganizar a forma de pagamento ao setor privado. O setor público não recebeu novas competências, só lhe foram transferidos recursos financeiros para incorporar a assistência médica aos seus serviços, atendendo a sua própria clientela e, eventualmente, aos previdenciários.

O CONASP, como instância interinstitucional e tendo sua intenção racionalizadora restrita ao âmbito do MPAS/INAMPS, precisou de aliados. Encontrou-os no Movimento da Reforma Sanitária. O interesse principal dos integrantes desse movimento era a redefinição do modelo assistencial, não apenas com vistas ao fim da crise, mas também para garantir acesso igualitário aos serviços de saúde para toda a população.

¹⁵ Até 1980 os estabelecimentos conveniados e contratados pelo Inamps eram responsáveis por 49,8% do atendimento ambulatorial. Na década seguinte esta porcentagem começou a declinar atingindo, em 1984, 44,3%.

Nesse momento, deu-se a introdução, no âmbito de ação do próprio INAMPS, de novos atores sociais que até então haviam sido mantidos distantes da formulação da política de saúde. Entre eles, os técnicos ligados ao movimento sanitário. Com isso se alterou a correlação de interesses até então dominantes na gestão da política de saúde, no âmbito do Ministério de Assistência e Previdência Social – MPAS.

O movimento sanitário, apesar de até então marginal na gestão da política de saúde, possuía um projeto e quadros comprometidos com uma nova visão, pela qual a saúde constituía um direito do cidadão. Ao longo do tempo, esse grupo havia reproduzido e disseminado suas idéias pelo país. Em algumas Secretarias Estaduais de Saúde, no Ministério da Saúde e na Universidade já havia a massa crítica indispensável à deflagração de um processo de mudança. Sem ligação com os interesses privados ou com a lógica do mercado, os técnicos da Saúde Pública estavam comprometidos com idéias de universalização e de equidade.

A partir de então, com a discussão de alternativas para superar a crise, viabilizou-se a incorporação de atores e temas estranhos ao modelo hegemônico e com isso teve início o processo de negociação entre o projeto de transformação do modelo, delineado pelo grupo do Movimento da Reforma Sanitária, e o projeto racionalizador.

Por isso na formulação do Plano, foram introduzidos princípios característicos da proposta do modelo transformador que contrariavam as teses nucleares do modelo hegemônico: a integralidade das ações de saúde, a universalização do atendimento e a integração interinstitucional. Houve também espaço para temas como a descentralização e a participação, valores considerados, em dimensão mais ampla, no encaminhamento do processo de democratização, num cenário que, depois de 1982, passou também a incorporar outros novos atores institucionais – o elenco dos governadores recém-eleitos.

Em 1983, o Plano CONASP gerou o Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS, que preconizava a universalização do atendimento e o acesso da população aos serviços de diferentes níveis, passando a viabilizar o modelo que já era parte da sua proposta. Com a equalização dos serviços prestados às populações urbana e rural acabou, de direito e quanto à assistência médica, a exclusão dos não previdenciários, o que foi um passo decisivo para a universalização do atendimento.

O PAIS foi implementado mediante convênios interinstitucionais entre o INAMPS/MPAS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em 1984, foram incorporados ao Programa os Ministérios da Saúde e da Educação, sendo instâncias gestoras, em cada um dos níveis de governo, órgãos colegiados. Por causa desse programa os estados e municípios passaram a incorporar, em seus equipamentos próprios, a prestação de assistência médica.

Esse fato apresentava uma nova direção para o aparelho estatal da Saúde Pública. Significou, no dizer de Gonçalves (1991:101), o seu desmantelamento e a “expansão da assistência médica como prática de saúde tendencialmente fundamental”.

Mendes (1993:36-40) identifica dois momentos na implantação desse Programa, que passou a denominar de Ações Integradas de Saúde -AIS: de 1983 a 1985 e de 1985 a 1987. O segundo é contemporâneo à emergência da Nova República. No primeiro momento da implantação, as AIS são apenas um programa de assistência médica justaposto àqueles que as Secretarias Estaduais e Municipais já tinham implantados no âmbito da saúde pública. Nessa etapa, fortaleceram-se os mecanismos de gestão colegiada com a constituição da Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN – em plano federal, e das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS – organizadas em planos estadual, regional, municipal e local¹⁶. O segundo momento, iniciou-se em 1985 e foi até 1987, quando foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

Pela demarcação estabelecida por Mendes (1993:34), vê-se que a portaria interinstitucional – Ministério da Saúde/ Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Educação e Cultura¹⁷ – foi responsável pela consolidação das Ações Integradas de Saúde, uma vez que estabeleceu a base legal de suas estratégias. Foi nessa etapa que o Ministério da Saúde, de fato, integrou-se ao processo. Até então mantivera-se à distância, ficando o MPAS/INAMPS como principal agente de implementação. A posição privilegiada do MPAS/INAMPS no processo de redefinição do modelo não surpreende já que, detendo a maior parcela dos recursos destinados ao setor, era esse o órgão que, de fato, formulava a política de saúde, apesar de ser competência legal do Ministério da Saúde.

O modelo que informou as Ações Integradas de Saúde – AIS – tinha em vista a universalização da atenção, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços, a regionalização e a integralidade das ações de saúde. Isso não garantiu, ao setor público, o monopólio do controle do sistema. Como disse Merhy (1989:93), montou-se uma "lógica sistêmica de convivência de um setor público planejável, com um setor de mercado" e essa lógica preservou o INAMPS da extinção.

O novo modelo que emergiu no país, nesse contexto, propôs a redefinição do papel do setor público na atenção à saúde, sem ignorar a capacidade instalada da iniciativa privada, para cuja mudança seriam necessários investimentos incompatíveis com a conjuntura. Buscou-se, entretanto, uma nova lógica para o setor, que não fosse apenas a da assistência médica individual, nem apenas a da prevenção, mas que resultasse da articulação dessas ações na prestação de serviços de saúde. Incorporou-se a assistência médica individual à dimensão coletiva, buscando a integração dos serviços em todos os níveis de atenção (Junqueira, 1987:53).

¹⁶ Portaria 1 – MS/MPAS/MEC, de 7/6/1985.

¹⁷ De apenas 112 municípios conveniados em 1984, passou-se para 950 em 1985 e a 2500 em 1987, cf. Fleury, S. Avaliação comparativa das Ações Integradas de Saúde. Divulgação em Saúde em Debate, 78-81, 1991.

No entanto, esse novo modelo de saúde nasceu híbrido. Em parte, fundamentou-se na proposta do movimento sanitário, concebido na luta contra uma política de saúde discriminatória, que privilegiava o mercado. Em parte, visava a tornar operacionalizável a proposta racionalizadora do INAMPS, como reação à crise do modelo médico-privatista. Apesar disso, o modelo que informou o Programa das AIS e viria a informar o Programa SUDS e o Sistema Único de Saúde abrigava princípios transformadores e não era apenas conjuntural. Inspirava-se em convicções e carregava uma visão política pela qual a ação sanitária deveria ser, necessariamente, integral e de acesso a toda a população.

Nesse sentido, o novo modelo opunha-se à organização preexistente e estabelecia com ela uma relação de contradição: de um lado, as práticas e valores da antiga organização, representada pelo INAMPS, moldada pelo modelo privatista e excludente; de outro, as metas às quais o novo modelo visava.

A questão dos direitos sociais nele contida, passou a ganhar peso com a Nova República na agenda governamental. E isso foi explicitado no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República – 1º PND-NR (1986/198951-81) – que reconheceu a necessidade de resgatar a "dívida social acumulada" nos anos de governo autoritário: "nas últimas décadas os programas sociais foram desenvolvidos com elevados níveis de centralização decisória, burocratização, concentração e inflexibilidade na alocação de recursos". No que diz respeito à saúde, afirmava que a expansão do setor "deverá ser descentralizada, favorecendo as estruturas estaduais, municipais e comunitárias na oferta de serviços de natureza local e regional".

Essa visão, pelo menos em parte, deve-se à nomeação, para os postos de direção das instituições gestoras da saúde, de técnicos ligados ao movimento sanitário. Com isso introduziram, no interior das instituições responsáveis pela gestão do modelo hegemônico de saúde, interesses alheios aos da burocracia previdenciária. O INAMPS, até então dominado pelo pensamento médico-liberal que, de fato, definira até aí as políticas sanitárias brasileiras, tinha, nesse momento, dirigentes de outro perfil, com interesses orientados para a transformação do modelo de saúde.

Os resultados financeiros alentadores da economia reaquecida entre 1985 e 1987 favoreceram o movimento que já se podia observar na saúde e ampliaram a área de manobra da nova administração. De início, valorizaram as AIS, cujas idéias vinham ao encontro das propostas da Nova República, que se tornaram mais consistentes, político, institucional e operacionalmente¹⁸.

Alguns princípios preconizados pelo novo modelo passaram a incorporar o discurso oficial do governo, dentre eles, o direito universal à saúde e o dever de garantir esse direito aos cidadãos, entendido como da competência do Estado em todos os planos de governo; e a importância de que fosse convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, para levar essas idéias, como subsídio, à Assembleia Nacional Constituinte.

¹⁸ O Estado de S.Paulo, 12/3/1987 e Folha de S.Paulo, 23/3/1987.

Também os princípios da integração interinstitucional, da hierarquização, da regionalização e do controle social, deveriam informar a política de saúde. No plano operacional, o discurso dominante era o da descentralização/desconcentração das ações de saúde.

Nessa perspectiva da descentralização, o INAMPS deveria ser transformado em órgão eminentemente controlador e co-financiador do sistema de saúde. A prestação dos serviços seria descentralizada para estados e municípios; e também o planejamento deveria ser descentralizado, para que as ações de saúde passassem a ser integradas, resolutivas, hierarquizadas e o atendimento fosse integral. O processo de universalização deveria ser agilizado. As estratégias, fortaleciam o INAMPS, mas estabeleciam novas relações de interlocução com os estados e com o próprio setor privado, que teve reduzidos seus espaços de negociação.

Nesse momento, a descentralização do INAMPS começou a tomar corpo, entrando em cena a redefinição de seu papel.

A VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em Brasília, em março 1986, constituiu um marco importante nesse processo. Com ela se estruturaram três idéias principais: a saúde entendida como um direito civil; a necessidade de reformular-se o Sistema Nacional de Saúde; e o financiamento do setor.

O Relatório Final da Conferência reiterou os princípios que deveriam informar o modelo de saúde e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; reafirmou o direito universal à saúde; e a idéia de que a saúde individual é assunto de interesse coletivo e dever do Estado. Defendeu a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS – sob comando único em cada um dos níveis de governo.

A VIII CNS além de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte, criou as bases para uma Reforma Sanitária Nacional.

Imediatamente foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que iniciou um debate intenso sobre a reforma e influenciou, por um lado, a criação o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde – SUDS – e, por outro, a elaboração da Constituição brasileira.

Nesse período, os governos estaduais e seus respectivos secretários de saúde, reunidos no CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde – foram os interlocutores privilegiados do governo federal, não por estarem comprometidos com as idéias de transformação e mudança, mas pelo interesse em gerenciar a massa de recursos que acompanhava a atribuição aos estados, da tarefa de controlar a compra de serviços de assistência médica.

Neste sentido, deve-se ter claro que esse processo não ocorreu sem percalços. A burocracia do INAMPS e com ela o setor privado perdiam espaço. Mas, por outro lado, deve-se ter presente que era um momento de transição, de democratização do país,

em que tudo que fosse contraposto ao poder centralizador, autoritário e excludente era bem recebido.

É nesse contexto que o grupo do INAMPS e MPAS, com concordância do Ministério da Saúde, deu corpo ao processo de mudança do modelo de saúde no país, através da reformulação do Convênio das Ações Integradas de Saúde. Por esse convênio assinaram com os governos estaduais novos termos de compromisso e/ou termos aditivos. Esses instrumentos descentralizavam, transferindo para os estados parte do poder de decidir, até então integralmente concentrado no nível federal. Foi introduzida uma nova perspectiva para a organização dos serviços de saúde no âmbito dos estados e municípios, sob a égide de um novo modelo assistencial, o qual ainda não havia sido formalmente reconhecido.

Assim, "na conjuntura da fragilidade política do Ministério da Saúde e de base legal das ações concretas que o MPAS/INAMPS vinha, de fato, executando, acabaram por transformar um documento, que estabelecia um protocolo de intenções – para uma política integrada de curto prazo entre MS e MPAS – no Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987" (Mendes, 1993:41). Estava criado o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS.

O decreto contemplou as transformações que se queria implantar. Instituiu o planejamento ascendente, a partir do município até o nível federal, cabendo a este último a responsabilidade pelo planejamento estratégico e pela definição da política nacional de saúde. Reiterou a gestão colegiada, pelas comissões interinstitucionais, às quais passava a caber a responsabilidade de coordenar e acompanhar a execução dos planos de saúde em seus respectivos níveis.

O modelo preconizado para o SUDS não diferia do modelo que inspirou as AIS e apontava, como horizonte, para o Sistema Único de Saúde. O SUDS tinha como objetivo "consolidar e desenvolver qualitativamente as AIS"¹⁹. Por essa razão dizia-se, na época, que o SUDS era um estágio 'avançado' da evolução das AIS, e uma estratégia para chegar ao SUS.

O grupo que assumiu a direção do INAMPS, durante a Nova República, sob a presidência de Hésio Cordeiro, tinha compromissos com o movimento da reforma sanitária e, portanto, com os princípios e estratégias formuladas pelas AIS e com a proposta do modelo transformador. Daí a importância para esse grupo de não apenas consolidar as AIS mas, também, avançar em direção ao Sistema Único de Saúde.

Como já foi dito, à época das AIS, o INAMPS planejava apenas racionalizar a gestão do setor saúde, sem, com isso, alterá-la essencialmente. Com a instituição do SUDS, essa alteração é efetivamente buscada, contrariando os interesses privados até então ainda representados na gestão da política de assistência médica previdenciária.

¹⁹ Constituição Federal de 1988, artigo 196.

Assim, o SUDS não foi apenas um modelo de gestão racionalizadora, como diz Campos (Campos, 1989:56). Representou um avanço para a formulação e a implantação de um novo modelo de saúde no Brasil. Além disso, a experiência do SUDS, poderia testar a capacidade transformadora desse modelo face ao modelo médico-privatista, ainda que houvesse no movimento quem considerasse prematura essa confrontação.

Além de consolidar o modelo colegiado de gestão e de incorporar o Estado na prestação de assistência médica, o SUDS propôs que todos os níveis de governo tivessem suas funções redefinidas para a gestão da saúde, introduzindo as noções de planejamento estratégico tático e operacional. A cada nível correspondia uma instância colegiada, interinstitucional, responsável por coordenar a formulação e acompanhar a execução do seu respectivo plano de saúde. As interrelações entre esses níveis de governo seriam alcançadas pelo aperfeiçoamento da Programação e Orçamentação Integrada – POI²⁰. Ao INAMPS como órgão federal e co-financiador das ações e serviços de saúde, caberia a função de acompanhar e avaliar a eficácia e a execução física e financeira dos planos de saúde. Estabeleceu-se que o Distrito Sanitário seria a base da organização espacial e funcional do sistema e elegeu-se como parceiro privilegiado do sistema o segmento privado filantrópico (FUNDAP, 1988:12).

O modelo que se configurava carregava uma contradição básica, que viria se manifestar como uma das maiores dificuldades para que se implementasse a transformação concebida pelos reformistas. Os recursos do SUDS eram provenientes da contribuição previdenciária e continuaram centralizados sob a gestão federal, no INAMPS. Essa centralização reiterava o caráter racionalizador da proposta. Por outro lado, acreditava-se que os órgãos colegiados, pelos mecanismos da programação e orçamentação integradas, teriam meios pelos quais garantir aos estados e municípios o poder sobre os recursos.

Apenas começara a implantação do SUDS, o processo logo teve sua trajetória alterada pelo afastamento, em março de 1988, dos dirigentes do INAMPS e do MPAS que haviam concebido e implementado a proposta.

Era precisamente o que se podia esperar que ocorresse, pois os interesses do setor privado e da burocracia do INAMPS estavam sendo contrariados. O INAMPS não havia sido extinto, apenas tivera suas funções redefinidas, tendo passado para os estados e municípios a gestão e a compra dos serviços médicos, mas a extinção do órgão não estava ausente das propostas da reforma sanitária. Não seria razoável supor que os interesses encastelados no INAMPS ficariam indiferentes ante essas mudanças e ante as idéias de extinção que se acumulavam no horizonte de um futuro próximo.

Começava a transparecer a idéia de que não estava sendo proposta apenas a racionalização da gestão do setor saúde embora, na realidade, essa tenha sido a repercussão inicial. O setor privado reagiu à possibilidade de outros interlocutores e,

²⁰ A POI era um instrumento de planejamento integrado e de articulação entre os níveis, considerados os órgãos colegiados aos quais, de fato, cabia a gestão da saúde em cada nível de governo.

mais do que isso, às propostas em discussão na Assembléia Constituinte e que lhe pareciam que poder alterar sua situação de privilégio.

A partir de março de 1988, no âmbito do poder executivo federal observou-se um movimento de retrocesso da descentralização, explicável não apenas pelo estrangulamento financeiro do sistema – com atrasos nos pagamentos e desatualização do valor dos recursos federais – mas também pela maior resistência à absorção de funções do INAMPS, pelos estados. O recrudescimento dos movimentos de resistência às mudanças já se evidenciava em segmentos da burocracia do INAMPS, entre os políticos e entre os empresários. Os mesmos grupos que já haviam constituído *lobbies* para influenciar as decisões da Assembléia Constituinte e que, mais adiante, quando da votação da Lei Orgânica de Saúde, conseguiram preservar o INAMPS, transferindo-o para o Ministério da Saúde.

Embora a troca de dirigentes do MPAS e do INAMPS tenha influído significativamente para que não fosse aprofundada a implantação do SUDS, houve mudanças importantes que permaneceram: o INAMPS não teve reincorporadas as suas competências, nem foi interrompido o processo de desconcentração para os estados e nem o processo de municipalização da saúde. Mas houve uma acentuada desaceleração.

As estratégias de implantação do SUDS foram questionadas por não terem conseguido configurar um modelo de saúde mais uniforme nos estados e por não terem alterado as formas de repasse dos recursos financeiros. Ainda assim, contudo, em larga medida, o sistema pôde atender às necessidades de saúde de cada unidade federada, mediante convênios e termos de adesão.

O SUDS passou por um processo de integração institucional no âmbito dos estados, diferente do processo pelo qual passaram as AIS. Na medida em que redefiniu o papel do INAMPS, o SUDS instituiu os estados como referência para a unificação dos recursos físicos e financeiros do setor saúde o que, por sua vez, facilitou o encaminhamento do Sistema Único de Saúde.

A repercussão desse movimento nos estados foi bastante desigual, dada a longa história de marginalização das Secretarias Estaduais de Saúde.

3.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A CAUSA COMPARTILHADA

O Sistema Único de Saúde foi definido pela Constituição Federal de 1988, apesar das concessões feitas ao setor privado, no seu processo de aprovação. O SUS resultou da luta de diversos setores da sociedade brasileira, que acreditavam na possibilidade de se ter uma política de saúde mais justa e equânime. Esse processo se fez por mais de uma década e o SUDS representou um momento privilegiado desse processo, desmontando o INAMPS como órgão definidor da política de saúde.

O SUS incorporou os princípios do SUDS, mas sob outra lógica organizacional, acentuando as diferenças com o modelo médico-privatista.

A saúde passou a ser um “direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”²¹.

A Constituição de 1988 entende a saúde como processo socialmente determinado e como direito universal derivado do exercício da cidadania plena. As ações de saúde são caracterizadas pela relevância pública, cabendo ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar essas ações, que integram o sistema único. Essas ações podem ser executadas diretamente ou por terceiros de direito privado. O sistema é público. O modelo de saúde hegemônico passa a ter caráter público, ficando o setor privado como agente complementar ao Sistema Único de Saúde²².

O Sistema Único de Saúde é uma rede regionalizada e hierarquizada que integra as ações e serviços públicos de saúde, organizados “de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais; participação da comunidade”²³.

A Constituição definiu uma nova forma de organização dos serviços de saúde. É basicamente o formato proposto pelo SUDS. Sob o SUS, entretanto, a integração do sistema não se dá pelos colegiados interinstitucionais, mas pelo reconhecimento de uma gestão única em cada esfera de governo. O setor público assume, de fato, as funções de coordenação e planejamento do sistema e os Conselhos assumem um papel central contribuindo na formulação das políticas.

Por se tratar de um processo que envolve interesses sociais, tanto no âmbito das organizações como da própria sociedade, cuja acomodação implicou recuos e, eventualmente, contradições. Assim, a instituição do Sistema pela Constituição, não poderia garantir, por si só, a operacionalização.

Só em dezembro de 1990 foi sancionada a lei que regulamentaria o SUS, e com alterações em relação ao Projeto de Lei correspondente.

A questão do financiamento do SUS não foi resolvido e acabou agravado pela nova crise que se seguiu à promulgação da Lei que o regulamentou. Não foram definidas as fontes estáveis de recursos disponíveis em volume suficiente para financiar um atendimento à saúde que agora se queria universal, integral e equânime.

²¹ Constituição Federal de 1988, artigos 197 e 199.

²² Constituição Federal de 1988, artigo 198.

²³ Constituição Federal de 1988, artigo 198.

A Constituição e a Lei Orgânica nº 8080, de 19/12/90 também não estabeleceram os mecanismos de regulação para o setor privado.

3.4. A IMPLANTAÇÃO DO SUS: DO DISCURSO À PRÁTICA

Questões fundamentais para o modelo transformador não saíram do discurso: a integralidade das ações; a perspectiva epidemiológica; e a gestão integrada e articulada das três esferas de governo.

A descentralização tampouco foi resolvida. As três esferas de governo não passaram a gozar, de fato, de autonomia de gestão, e nem lograram estabelecer uma ação integrada. Estados e municípios continuaram a depender, às vezes mais intensamente, do governo federal. As competências definidas constitucionalmente não foram assumidas e, como tais, não podem ser objeto de descentralização, pois configuram o que se denomina de não – centralização.

No governo Collor, o movimento de descentralização sofreu um novo revés com a retomada das regionais do INAMPS. O Ministro Alcení Guerra as recriou sob o nome de Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle²⁴ e chegou-se a pensar em promover concursos públicos para provimento de cargo de Diretor de Hospital e de Postos de Assistência Médica do INAMPS, desconsiderando a estadualização desses equipamentos (Junqueira *et alii*, 1992:106).

Ao mesmo tempo em que era negociada a regulamentação do SUS, com a Lei Orgânica da Saúde, o governo federal fez publicar a Norma Operacional Básica nº 1, de 1990. Por essa Norma estendia-se a lógica do pagamento por produção a todos os prestadores de serviços, inclusive aos públicos. A relação prevista originalmente como de parceria, ainda no SUDS, passava a ser tratada como relação de compra e venda. Foi um retrocesso muito significativo na implantação do modelo reformista, que reinstaurou alguns dos traços básicos do modelo privatista que havia sido hegemônico.

Essa medida não encontrou resistência por parte dos governos estaduais. Com as eleições de 1989 haviam saído de cena atores estratégicos do processo de mudança da saúde, que, agrupados no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS – de alguma forma defendiam o novo modelo, sobretudo quanto à descentralização. O elenco de governadores que assumiu em 1990 e seus Secretários de Saúde não continuaram atuantes na defesa da descentralização da saúde. É explicável que tenha sido assim: a descentralização que foi implantada, em vez de novos recursos, como havia ocorrido na primeira fase do SUDS, implicava ainda maiores responsabilidades para a manutenção da rede ambulatorial estadualizada, além de exigir que os novos governadores se envolvessem no equacionamento da relação conflituosa que se ia estabelecendo com o setor privado sobre problemas de produção hospitalar.

²⁴ Portaria INAMPS no. 250, publicada no Diário Oficial da União, 12 de março de 1990.

Os municípios, por sua vez, apoiaram a decisão do governo federal. Viram aí uma possibilidade de passar a receber recursos provenientes diretamente do nível federal, sem transitar pela burocracia estadual.

Grande parte do ideário dos reformistas passou a encontrar eco no discurso favorável à municipalização dos serviços de saúde e esse viria a ser o mote da IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992: "Municipalização é o caminho". Os reformistas-municipalistas passavam a considerar a municipalização da saúde como a receita que viabilizaria a transformação.

Nesse período o CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – assumiu o lugar que coubera, no período anterior, ao CONASS, inclusive com perspectiva semelhante: defendendo a descentralização-municipalização e preocupado, sobretudo, com a questão do financiamento.

Os municípios empenharam-se, a partir de 1990, a aprender a faturar os seus serviços, reproduzindo, no âmbito local, as antigas Unidades de Controle e Avaliação do INAMPS, agora respaldados pelos sistemas informatizados de processamento das AIH (que remunera as internações hospitalares) e o SIA/SUS (que remunera os atendimentos ambulatoriais e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico, por procedimento).

As medidas do governo federal, em 1990, integravam-se em uma concepção neoliberal de governo e foram como que uma releitura do modelo de saúde, pela qual o setor público não era visto como parceiro, mas como prestador de serviços. A relação com o setor público, estadual e municipal assemelhava-se à relação que o governo federal mantinha com o setor privado. E o Ministério criou um sistema nacional de auditoria.

Passados três anos e o *impeachment* do Presidente da República, o Ministério da Saúde tentou resgatar o modelo preconizado pelo SUS. Em 1993, o Ministro da Saúde, Jamil Haddad, assessorado por adeptos do modelo reformista e defensores da municipalização, estabeleceu normas e procedimentos para regulamentar "o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde"²⁵. O documento que fundamentou a Norma Operacional Básica – SUS 1/93, intitulado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993. Devolvia ao cenário não apenas um ator concebido com finalidades estratégicas, mas a própria lógica do Sistema Único de Saúde, que o fazia permeável ao controle social.

O processo de descentralização foi retomado, assumindo-se como pressuposta a participação de estados e municípios, mas o sistema de pagamento por produção não foi alterado e os recursos financeiros continuaram a vir da Previdência. Embora mantendo o pagamento dos serviços prestados, o governo federal buscou introduzir uma nova lógica

²⁵ Portaria Ministerial nº 545 de 20/5/93, que institui a Norma Operacional Básica nº 1/93.

na relação entre os diversos níveis de governo e no modo pelo qual era feito o repasse dos recursos financeiros.

A Norma Operacional explicitava a intenção de retomar o caminho em direção à implantação do modelo de saúde preconizado pelo SUS, buscando superar o modelo "centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema".²⁶

Foi reiterado o papel dos Conselhos de Saúde, já previstos na Lei nº 8.142, de 28/12/90, e surgiram as Comissões Intergestores, no âmbito de cada estado, como foros de negociação e deliberação e, portanto, responsáveis pelo gerenciamento do processo.

A Comissão Intergestores Bipartite, criada no âmbito de cada estado, resgatava a idéia das Comissões Interinstitucionais, devendo ser composta "paritariamente por dirigentes da Secretaria de Estado de Saúde – SES e do órgão de representação dos secretários municipais de saúde do Estado" e "formalizada por meio de portaria do Secretário de Estado da Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS".²⁷ Como nem todos os municípios estavam no mesmo estágio de desenvolvimento e de gestão dos sistemas locais de saúde, o Ministério estabeleceu três fases a partir das quais passou a classificar o estágio em que estava cada município: fase de gestão semiplena; fase de gestão parcial; e fase de gestão incipiente do sistema local de saúde²⁸. Essa tipificação visava a permitir que o próprio

²⁶ Ministério de Saúde. Norma Organizacional Básica No. 1/93.

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Ministério da Saúde, Brasília, 1993.

²⁸ Por essa tipificação, de acordo com a Norma Operacional Básica – SUS – 1/93, são os seguintes os traços a serem considerados em cada tipo: para ser classificado como de "gestão incipiente" o município deve poder assumir, progressivamente, as seguintes prerrogativas e responsabilidades: contratar e autorizar cadastramento de prestadores; programar e autorizar a utilização dos quantitativos de AIH – Autorizações de Internação Hospitalar – e dos procedimentos a serem prestados por unidade; controlar e avaliar os serviços ambulatoriais hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; demonstrar disposição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas estaduais e/ou federais; incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e zoonoses; desenvolver ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doenças ocasionadas pelo trabalho. Para ser classificado como em fase de "gestão parcial", o município deve poder assumir de imediato essas prerrogativas e as responsabilidades de passar a receber mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município. Para ser classificado como em fase de "gestão semiplena" a Secretaria Municipal de Saúde deverá ter condições para assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; bem como a execução e o controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores e zoonoses e de saúde do trabalhador no seu território. Nessa condição deverá receber mensalmente o total de recursos financeiros para custeio, correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

município avaliasse o estágio em que estava a gestão local do sistema de saúde, optasse por um dos tipos que melhor o definisse e encaminhasse essa avaliação à Comissão Intergestores Bipartite do respectivo estado. Cabia à Comissão aprovar ou não a auto-classificação de cada município, para incluí-lo, oficialmente, naquele determinado tipo de gestão ao qual se candidatou.

O processo de descentralização assim retomado facultava aos municípios, teoricamente, passar a receber e a gerenciar diretamente os recursos financeiros advindos da esfera federal. Conforme o tipo de gestão em que se enquadrassem poderiam, inclusive, definir, pagar e controlar os serviços privados.

O Estado – a unidade federada – deveria contribuir para que cada um dos seus municípios assumisse o grau de gestão para o qual estivesse preparado, oferecendo assessoria, retirando-se da prestação de ações e serviços e, finalmente, assumindo para si o papel atribuído aos estados pela Lei Orgânica.

Como qualquer processo, esse também exigia tempo, pois nem todos os municípios consideravam-se com condições para assumir todas as implicações, por exemplo, de uma gestão semiplena.

Muitos municípios, ainda que tendo as condições exigidas para um tipo mais complexo de gestão, não quiseram se expor ao risco de se apresentarem como interlocutores em negociações para a compra de serviços do setor privado, sabedores de que nem sempre o Ministério dispunha de recursos financeiros para transferir, na quantidade ou no tempo combinados.

Essa fase do processo de construção do SUS, apesar da vontade política dos dirigentes do Ministério da Saúde, mostrou que as alterações introduzidas no processo de negociação, embora significativas, não eram suficientes para alterar a direção para a qual o setor vinha sendo encaminhado. Outros interesses permeavam o processo e continuaram a permeá-lo, impedindo que o novo projeto de saúde, informado sob o modelo reformista, viesse a se concretizar.

Apesar dos ideais coletivos, que levaram à formulação de um projeto social no qual a saúde tem valor de direito do cidadão e dever do Estado e que visava a garantir ao conjunto da população acesso a serviços de saúde de qualidade e igual para todos, a concretização do projeto pressupõe uma certa homogeneidade de interesses e propósitos difícil de alcançar em um mundo de diferenças e de desigualdades.

Esse projeto social está ainda inconcluso, mas representa um momento diferenciado da gestão das políticas sociais no Brasil. A descentralização da política de saúde, incorporando outros níveis de governo na sua gestão permitiu a universalização da atenção, possibilitando ao conjunto da população acesso à assistência, que até então lhes era negada. A universalização da atenção, com seu caráter democrático e de justiça social introduziu uma nova realidade no setor. A assistência médica passou a estar ao alcance de todos, e isso foi novo.

Hoje entra em cena a questão da universalização excludente que opera como elemento de qualificação dos grupos sociais, pois na sua função redistributiva, atenua as barreiras de entrada do sistema público. Isso inviabiliza o acesso dos segmentos mais favorecidos da sociedade que passam a se referenciar ao sistema privado. Nesse sentido de fato viabiliza-se o acesso ao subsistema privado e reduz a pressão da porta de entrada do sistema público (Favarett e Oliveira, 1989:159).

A questão, entretanto, é saber como lidar com essa realidade num país das dimensões do Brasil, com tantas diferenças. A maioria não possuía acesso aos serviços médicos. Hoje pode-se dizer que essa possibilidade existe. Os municípios organizam-se passo a passo apesar das diferenças de condições. A descentralização da política de saúde representou, de fato, um ganho para segmentos significativos da população. Talvez o que não se possa ainda dizer é que os serviços oferecidos sejam de qualidade e eficazes, prevalecendo ainda o caráter compensatório dessa política.

O movimento da política de saúde de âmbito federal se concretiza nos níveis estadual e municipal. A formulação do modelo de saúde e a luta pela sua viabilização, passa, necessariamente, pelas três esferas de governo. As transformações do setor até chegar no Sistema Único de Saúde foi um processo de mudança construído por diversos atores, grupos e indivíduos espalhados pelo país.

A seguir, neste trabalho, o que se pretende é discutir as repercussões desse movimento no estado de São Paulo. O modo pelo qual se fez a leitura dos modelos de saúde, no âmbito do Estado, e a maneira que informaram a política de saúde e a reorganização do seu aparato institucional.

3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, J. C. de S. & PAULA Sérgio G. de

1981 Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES/HUCITEC.

CAMPOS, G. W. de Souza

1989 Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde In CAMPOS, Gastão et al. Planejamento sem Normas. São Paulo, Hucitec.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE : 8. Brasília, 1986

1987 ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE : 9. Brasília, 1992

1992 ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde.

DONNANGELO, Maria Cecília F.

1982 Política Social de Saúde [Palestra apresentada no Curso de Política Social de Saúde, São Paulo, FUNDAP, em 13/5/1982] (mimeo)

DRAIBE, Sonia M.

1995 O Sistema de Proteção Social na Década da Crise e das Reformas. Campinas, NEPP/UNICAMP, Projeto Regional de Reformas de Política Pública, CEPAL/Governo de Países Baixos/ONU

FAVARETT FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J.

1989 A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, 1(1):139-192.

FLEURY, S.

1991 Avaliação Comparativa das Ações Integradas de Saúde. Divulgação em Saúde em Debate, Londrina, p. 78 -81

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1988 Perspectivas institucionais da descentralização na saúde. Documentos de Trabalho, 24. São Paulo

GONÇALVES, Ricardo Bruno M.

1991 A Saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 5(1): 99-106.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates

1987 Organização e Prestação Pública dos Serviços de Saúde. Cadernos FUNDAP, São Paulo, 13:52-56.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates e INOJOSA, R. M.

1990 Descentralização do Modelo de Prestação dos Serviços de Saúde de São Paulo, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 24(4):7-25.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. et al.

1992 Gestão Pública no Setor Saúde: Um Plano Estratégico. Documento de Trabalho, 14, São Paulo, FUNDAP.

MENDES, Eugênio V.

1993 As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In MENDES, Eugênio V. (org.) – Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, ABRASCO HUCITEC, p.19-92.

MERHY, Emerson E.

1989 Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. Planejamento sem Normas, São Paulo, Hucitec.

4. O ESTADO PRESTADOR: OS ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo é verificar como o processo de descentralização ocorreu no setor saúde no estado de São Paulo, nos meados da década de 80, tendo em vista o esgotamento do modelo médico-privatista. A Secretaria de Estado da Saúde, até então marginal na definição da política de saúde, passou a ocupar uma posição nesse cenário, aliando-se a outros atores, como o INAMPS, e redefinindo sua organização em função de um novo modelo assistencial.

Nesse contexto, a Secretaria, incorporando a assistência médica, mudava o seu papel na prestação dos serviços de saúde. Isso não apenas ocasionou uma nova concepção de assistência pública de saúde, como abriu caminho para uma nova forma de organização da Secretaria, que privilegiou a descentralização e a integração dos serviços, preconizando o que deveria ocorrer a partir de 1987 com a criação do SUDS.

Essa mudança resultou de um processo de descentralização o qual foi se construindo a partir de um novo ideário com suas origens na década de 60, nas gestões Leser. Nesse sentido, para entender esse movimento de mudança, é necessário passar não apenas pelas gestões Leser, como pela do Secretário Jatene, pois foram momentos em que se consolidaram o papel dos sanitaristas, na Secretaria da Saúde, e a incorporação das demandas sociais na gestão da saúde. Esses eventos contribuíram para a construção do ideário do movimento sanitário e do modelo de saúde que veio conformar, em 1986, na Secretaria de Estado da Saúde, os Escritórios Regionais de Saúde- ERSA.

Apesar da importância dessas gestões, nesse momento, a Secretaria não conseguiu alterar o conteúdo e a forma dos serviços de saúde oferecidos à população. Ela não teve autonomia para configurar uma política regional de saúde distinta do perfil de intervenção ocorrido no nível nacional (Silva, 1983:11). Mesmo possuindo uma condução independente de suas atividades em relação ao Ministério da Saúde, não constituiu uma alternativa para o modelo médico-privatista hegemônico no país. Os recursos de que dispôs nunca foram suficientes para que pudesse assumir a posição de órgão responsável pela política de saúde do Estado. O volume de recursos dispendido pelo INAMPS, em São Paulo, para compra de serviços médicos, era crescente, permanecendo os serviços públicos fora desse circuito (Wohland, 1983:58 e Junqueira,

1983:12), organizando-se para realizar ações de saúde coletiva e de atendimento aos despossuídos.

Recuperar o evoluir desse processo de mudança, a partir da década de 60, permitirá verificar o amadurecimento paulatino das propostas de mudança, os diversos atores que compartilharam desse processo, bem como o significado da criação dos Escritórios Regionais de Saúde-ERSA. Nessa recuperação serão utilizados documentos e entrevistas realizadas com os principais atores institucionais²⁹ envolvidos com a política de saúde estadual.

Para apreender esse movimento, este capítulo é dividido em três seções. A primeira discute o processo de mudança, antes da criação dos ERSA, identificando os sucessivos atores estratégicos que emergiram nesse processo e o direcionaram. O segundo item enfoca, particularmente, os modelos de atenção à saúde em São Paulo e suas determinações advindas das medidas da política de saúde federal. O terceiro, por sua vez, verifica como se deu o processo de constituição dos ERSA no interior da Secretaria, passando pelo papel que os diferentes atores assumiram nesse movimento.

4.1. O PROCESSO DE MUDANÇA E SEUS ATORES: ANTECEDENTES

É possível distinguir, nos diferentes momentos da gestão da saúde, em São Paulo, os atores que se destacaram no cenário e foram imprimindo a sua marca no processo de mudança. Dirigentes e grupos se organizaram no espaço institucional, produzindo propostas que indicavam novas possibilidades de ação. Nesse cenário surgiram os movimentos organizados, apresentando suas demandas e exigindo o redirecionamento da ação do Estado. Esses movimentos criaram espaços de negociações que permitiram direcionar o processo ou redefinir os seus rumos.

Este item procura identificar as relações entre os atores organizacionais e sociais que se envolveram na mudança, contribuindo para a construção de um novo projeto de saúde, criando condições favoráveis à implantação do SUDS. Inicia pelas

²⁹ Os documentos que informam esse capítulo são relatórios que registraram o processo de consultoria da FUNDAP à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na Reorganização da Secretaria e na concepção e implantação do Programa Metropolitano de Saúde, no período 1985 a fevereiro de 1987 e de entrevistas realizadas, no período de dezembro de 1989 a março de 1990, com atores estratégicos do processo em São Paulo, dirigentes da Secretaria no período da reforma de 1986 ou de governos anteriores que se acredita terem contribuído para esse processo: Walter Leser, Secretário de Estado da Saúde em duas gestões – Abreu Sodré, 1967-1970 e Paulo Egidio Martins, de 1975-79; Adib Jatene, Secretário de Estado da Saúde de 1979-1983, João Yunes, Secretário de Estado da Saúde, 1983-1987; da gestão Yunes: Otávio de Azevedo Mercadante, Secretário Adjunto da Saúde e coordenador do processo da reforma; Coordenadores da Saúde da Comunidade, Mental e Hospitalar, respectivamente: Ana Maria Figueiredo, Marcos Ferraz e Ana Maria Malik e Sonia Terra Ferraz, diretora da DRS de Osasco; José da Silva Guedes, Secretário Municipal de Saúde do Município de São Paulo, período 1983-1986 e coordenador do Projeto de Expansão da Rede Básica; Alvaro Escrivão Junior, presidente da Associação dos Médicos Sanitaristas na época da reforma.

bases da mudança, com a gestão Leser e depois Jatene, quando se configurou o Programa Metropolitano de Saúde – PMS.

4.1.1. As Bases da Mudança

As bases da mudança foram lançadas na década de 60, na gestão Leser, quando se valorizou a figura do médico sanitarista na administração da saúde, com a criação da carreira e a formação desse profissional pela Faculdade de Saúde Pública da USP. A formação desse quadro criou uma importante massa crítica na Secretaria, o que veio repercutir, posteriormente, em outras gestões, especialmente na gestão Jatene.

Nessa gestão, a partir de um trabalho já iniciado pelos médicos sanitaristas com a população dos bairros periféricos de São Paulo, procurou-se estabelecer uma interlocução com os movimentos populares de saúde. Resultou desse processo, em resposta às demandas da população, a formulação de um projeto de expansão da rede básica de serviços de saúde, que deu origem ao Programa Metropolitano de Saúde-PMS e que, com apoio das AIS, ocasionou as mudanças que se consolidaram com a criação dos ERSA..

Assim, é relevante recuperar esse período, em que a Secretaria da Saúde, voltada apenas para a ação preventiva, buscava superar as contradições do modelo privatista e excludente vigente no setor saúde.

Em 1967/68, em plena conformação do modelo médico-privatista no âmbito nacional, a proposta do então Secretário da Saúde, Walter Leser, buscou reforçar o conteúdo técnico da Secretaria. As idéias centrais dessa gestão eram as bandeiras da saúde pública, aderentes ao modelo preventista, considerando que a assistência médica não constitui a determinação mais importante das condições de saúde. O Estado deveria zelar pela preservação e promoção da saúde, com um papel de vigilância, e atuar sobre o meio ambiente, sugerindo que o setor saúde precisava de um enfoque intersetorial.

"No período de 67-69 o Estado fez, orientado pelo Secretário Walter Leser, um enorme investimento em saneamento. Estávamos com diarreia, desidratação como primeira causa de morte, 60% da população ou um pouco menos recebendo água tratada, era preciso fazer reservatórios, captação, estações de tratamento etc. e só por volta de 74-75 todo aquele esforço de fazer saneamento chegou a levar água a 90% da população."(...) Mas, "o investimento na rede de saúde foi ridículo"(Guedes, 1990)³⁰.

Para viabilizar sua proposta na Secretaria da Saúde, foi criada uma carreira de profissionais sanitaristas, estabelecendo pré-requisitos técnicos para o preenchimento dos cargos de comando, definidos em uma nova estrutura. Essa proposta de mudança organizacional veio no bojo da Reforma Administrativa do Estado iniciada em 1967, e a Secretaria, do ponto de vista gerencial, teve como princípio geral de sua reforma a

³⁰ Entrevista de José da Silva Guedes, janeiro de 1990

"centralização normativa e descentralização executiva"(Leser, 1990)³¹, através da regionalização.

A estrutura refletiu a opção do modelo: a unidade de serviço focal da Secretaria era o centro de saúde, subordinado ao distrito sanitário, que constituía instância de supervisão. Os distritos subordinavam-se a um dos dezessete departamentos regionais e estes, a uma Coordenadoria de Saúde da Comunidade-CSC, que gerenciava 70% dos recursos da Secretaria. Foram criadas mais três Coordenadorias, sendo que duas delas cuidavam dos hospitais que se ocupavam de doentes considerados crônicos: para doentes mentais e para doenças transmissíveis.

Nesse momento, o Secretário Leser enfatizou a necessidade de integração dos serviços de saúde em nível local, considerando o centro de saúde uma unidade sanitária polivalente, responsável pelos problemas de saúde da comunidade. Essa integração de serviços já estava próxima da integralidade hoje preconizada para os serviços de saúde. "A integração de serviços permite melhor técnica de saúde pública, maior rendimento e custo mais baixo dos trabalhos executados e a sua plenitude é atingida quando existe atividade externa de visitadoras e auxiliares de saneamento, obedecendo ao princípio de que a prevenção não se efetue apenas no indivíduo, mas também no ambiente físico, biológico, social em que vive, porque na interação de fatores entre o organismo e o ambiente é que residem as causas determinantes das doenças"(Leser, 1972)³².

A reforma da Secretaria da Saúde valorizou o planejamento, a supervisão e a formação de recursos humanos, bem como a sua fixação através de carreiras, permitindo à Secretaria da Saúde dispor do pessoal necessário à consecução de seus objetivos (Junqueira, 1983:88)³³. Também já apontou para a articulação interinstitucional, uma vez que eram previstos Conselhos de Saúde Regionais para a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, em que teriam assento as respectivas agências regionais do INPS, responsáveis pela assistência médica aos previdenciários.

³¹ Entrevista de Walter Leser, janeiro de 1990

³² LESER, Walter, 1972. Citado in: Sauveur, Giselda G. B. de A.. A reforma Administrativa Federal nos Anos 60 e seus desdobramentos em São Paulo, Cadernos FUNDAP. Ano 3, nº 7, nov. 1983, p.60-70.

³³ As atividades importantes para o funcionamento da Secretaria, como planejamento, epidemiologia, estatística e treinamento de pessoal, eram reunidas no nível central, distribuídas verticalmente em todos os níveis da Secretaria, sob a égide do Departamento Técnico Normativo – DTN. A Reforma Administrativa foi efetuada no período 67/70, mediante decretos, sendo que o Decreto nº 52 182 de 16/07/69 formalizou o seu nível central. Como a Reforma só foi finalizada no término da gestão Leser, sua implantação foi apenas iniciada. Com isso muitas das iniciativas foram interrompidas, sendo apenas retomadas na gestão Leser, 1975-79. Essa gestão, partindo das mesmas diretrizes, procurou redefinir um novo formato para a Secretaria da Saúde, consubstanciada no Decreto nº. 13 350, de 9/03/79, que introduziu algumas inovações na Administração Superior, extinguindo o DTN e criando um Centro de Recursos Humanos para adequar-se à Lei Complementar No. 180/78, que criara o sistema de pessoal do Estado. No entanto, esse decreto foi revogado pelo Decreto 13 640, de 04/07/79, na gestão Adib Jatene, Secretário do governo Paulo Maluf, retornando a Secretaria ao formato organizacional de 1969 (pp. 88-89).

Assim, nessa primeira gestão do professor Leser, já se delinearam questões nucleares para a saúde pública, como a intersectorialidade e da integralidade da atenção, as quais, ainda hoje, permanecem atuais.

Na sua segunda gestão na Secretaria da Saúde, durante o governo de Paulo Egídio Martins, 1975-79, professor Leser retomou a implantação da reforma de 69, revendo seu formato organizacional e dando ênfase à consolidação da carreira de sanitaristas.

Nas duas gestões Leser, uma das prioridades foi a questão dos recursos humanos, através da formação de quadros de saúde pública. Em relação à carreira do médico sanitaria, a única criada por ocasião da Reforma de 69, foram negociadas, com o Ministério da Saúde e a Faculdade de Saúde Pública, medidas que permitissem formar novos quadros para o preenchimento dos cargos vagos de sanitarista³⁴.

A constituição de uma massa crítica em saúde pública, por iniciativa da Secretaria da Saúde, permitiu que os órgãos públicos de saúde, não apenas de São Paulo, pudessem contar com especialistas, comprometidos com um projeto de saúde, que colaboraram e ainda colaboram na formulação e implantação das políticas de saúde. Essa visão do compromisso é reiterada pelo Professor Leser em sua entrevista, em 1990: "Um ponto que acho essencial é ter gente trabalhando naquilo em que acredita, seja crente. Gente que não está simplesmente em um emprego, mas que acha que vale a pena o que está fazendo. Consegue-se coisas fantásticas quando se tem gente assim". Essas assertivas vêm ao encontro da posição de um jovem sanitarista à época da gestão Leser, "a figura central era o médico sanitarista (...) e isso se deveu a diversos fatores: por ser médico, por ter formação em saúde pública e pelo compromisso político, que na verdade se estabeleceu naquele processo de formação e contratação. Não era uma profissão, 'era uma missão', no dizer de professor Leser. (...) eram técnicos competentes, sérios, comprometidos com o serviço público"(Escrivão, 1990)³⁵.

Como se viu no capítulo anterior, em nível nacional, o Sistema Nacional de Saúde reafirmara a dicotomia entre saúde coletiva e individual. O Ministério da Saúde, ficara responsável pelas ações de Saúde coletiva e o meio ambiente, enquanto ao Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS cabia a assistência médica individual. Consolidava-se a proposta da montagem de duas redes autônomas e complementares: a médico-sanitária, sob o controle do setor público, e a médico-hospitalar, gerida pelo setores público e privado.

Como seria de supor em um país centralizado, as questões nacionais repercutiam no âmbito dos estados e a Lei do SNS tinha essa proposta.

³⁴ Dos 622 cargos de médicos sanitaristas criados em 1969, pelo decreto Lei de 02/10/69, apenas 432, ou seja 69%, haviam sido preenchidos. Daí surgiu a idéia de cursos de seis meses. Dos 361 médicos inscritos na Faculdade de Saúde Pública, para esse curso, no final da gestão, em 1979, 315 haviam ingressado na carreira.

³⁵ Entrevista de Álvaro Escrivão Junior, em janeiro 1990

Na sua segunda gestão, professor Leser³⁶ procurou estabelecer um novo tipo de relação com o então INPS, para redefinir o Convênio dos Centros de Integração de Atividades Médicas – CIAM. Esse convênio entre Secretaria da Saúde e INPS pretendia implantar, em caráter experimental, comunidades de saúde com a incorporação de recursos médico-sanitários pertencentes aos três níveis de governo. No entanto, a proposta de trabalho conjunto, na prática, reduziu-se à utilização, em horário suplementar, da capacidade ambulatorial da Secretaria³⁷. A proposta do CIAM, que poderia constituir um processo de integração com o INPS, permitindo à Secretaria incorporar a assistência médica na rede estadual, apenas reiterou as diferenças.

A partir da Lei do Sistema Nacional de Saúde e dos resultados da VI Conferência, realizada em 1977, o Secretário Leser organizou um grupo de trabalho para analisar a proposta do Ministério e, em janeiro de 1978, produziu um primeiro documento, com uma proposta de rede única de saúde para o Estado de São Paulo³⁸. A proposta apresentada ao Presidente do INPS, Gerson de Sá Martins³⁹, propunha ampliar o Convênio dos Centros de Integração de Assistência Médica – CIAM, mas subordinando-os ao Centro de Saúde, e com coordenação da Secretaria de Estado da Saúde. Mas não houve aceitação por parte do INPS⁴⁰.

O projeto acabou ali. A extinção do CIAM também não se viabilizou, o que constituiu uma máquina paralela autônoma, com dinheiro do INPS⁴¹. A integração pretendida pelo Secretário só viria a se concretizar, a partir de 1983, com as Ações Integradas de Saúde – AIS. Diante da negativa, o Professor Leser retomou sua proposta de governo, apostando na recuperação dos centros de saúde, na implantação dos programas de saúde e na carreira de médico sanitário. Criou também Grupos de Estudos de Áreas Críticas – GEAC, para discutir a reorganização da vigilância

³⁶ Parte da equipe Leser da primeira gestão deslocou-se para o Ministério da Saúde, na gestão do paulista Paulo de Almeida Machado, 1974-1975, tendo à frente José Carlos Seixas, Secretário Geral do Ministério.

³⁷ Através do convênio CIAM, eram contratados médicos para atender um determinado número de consultas por hora, durante duas horas (das 17h às 19h), nas dependências dos Centros de Saúde do Estado. Os médicos eram pagos por produção, pelo INPS, e atendiam segundo sua lógica, sem observar as práticas de "pré e pós-consulta" típicas do modelo da Secretaria. Não havia vinculação às programações da Secretaria. O Diretor do Centro de Saúde não podia controlar o modo de produção, pois a Secretaria apenas cedia as dependências. Esse convênio foi assinado em 1971 e reiterado, já com o INAMPS, em 1977 cf. IYDA, Massako. Cem Anos de Saúde Pública – A Cidadania Negada, São Paulo, Ed. UNESP, 1994:126-130. A autora faz uma boa recuperação do período Leser e suas interfaces com a política nacional.

³⁸ Entrevista de José da Silva Guedes, janeiro de 1990.

³⁹ O documento foi apresentado pelo Secretário da Saúde, Walter Leser e por José da Silva Guedes e Otávio Azevedo Mercadante, ambos dirigentes da Secretaria.

⁴⁰ O Presidente do INAMPS perguntou ao Secretário da Saúde qual era o orçamento do Estado de São Paulo para a saúde e, a partir da resposta, disse: "o meu orçamento hoje para o seu Estado é cinco vezes o seu orçamento; como o senhor vai poder coordenar se o nosso orçamento é cinco vezes maior do que o seu?" (Guedes, 1990).

⁴¹ O convênio CIAM só foi extinto na gestão Yunes, no governo Montoro.

epidemiológica, da vigilância sanitária e do planejamento. Entretanto, nenhum desses grupos discutia a assistência médica.

No entanto, o Secretário continuou buscando meios para montar uma rede integrada de serviços de saúde e viabilizar a captação de recursos da Previdência e de outras fontes, de modo a constituir-se gestor do sistema. Nesse sentido, foi criado o Fundo Estadual de Saúde de São Paulo⁴², precursor da proposta contida muitos anos depois, no Programa SUDS e no SUS. Na visão de Otávio de Azevedo Mercadante, a criação desse fundo teve "duas características revolucionárias. Primeiro, tenta definir em prol da Secretaria da Saúde um grande fundo de financiamento, para todas as ações que possam formar recursos, a fim de que se monte integradamente uma rede assistencial. A outra é a que define que poderá ser concedida gratificação para os servidores da saúde. Pode-se contratar pessoas e pagar uma gratificação – naquela época essa questão já era levantada como ponto de estrangulamento do sistema. Como ter um sistema eficiente e competitivo na área assistencial se não se pagasse melhores salários, principalmente para médicos? E o Fundo surge para isso. Ele é apresentado ao INAMPS, no final da gestão Leser, assim: 'a nossa parte já fizemos, se vocês quiserem fazer convênio com a Secretaria Estadual da Saúde já têm um instrumento de captação de recursos, que define a utilização desses recursos e presta contas ao INAMPS, na linha de integração de serviços'. Assim, o Fundes é um passo essencial, que precede o SUDS"⁴³.

Apesar da sua importância estratégica, o Fundes só viria a ser utilizado, de fato, no convênio AIS – Ações Integradas de Saúde.

A gestão Leser, em que pesem as tentativas, não conseguiu estabelecer relações de cooperação com o INAMPS, nem incorporar a assistência médica à rede, o que só viria a ocorrer na gestão Jatene com o projeto São Mateus e, posteriormente, com o projeto de Expansão da Rede Básica. Isso é reiterado por Escrivão (1990)⁴⁴ quando diz que na gestão Jatene "começaram as tentativas de modificação no serviço de saúde, que envolviam a noção da extensão da cobertura de assistência médica".

Contudo, as duas gestões de Walter Leser, na Secretaria de Estado da Saúde, foram fundamentais para a formação e constituição do grupo de sanitaristas que desempenhou um papel central, na formulação da questão da saúde coletiva e do próprio modelo assistencial, delineado na gestão Jatene.

As iniciativas empreendidas nessa gestão vêm reiterar que a mudança não se viabiliza sem a convergência de interesses. E que a formação de uma massa crítica no interior da organização, comprometida com um projeto coletivo, poderá viabilizar as transformações, uma vez que há uma causa compartilhada. Isso vem reiterar a importância da formação dos recursos humanos, adequados à uma realidade específica e

⁴² Lei Complementar nº. 204, de 20 de dezembro de 1978.

⁴³ Entrevista de Otávio de Azevedo Mercadante, em 1989.

⁴⁴ Entrevista Alvaro Escrivão Junior, janeiro 1990.

com ela comprometidos. A continuidade desse processo ficou na dependência desse corpo técnico, do seu compromisso com a organização e seu projeto, que não estava restrito a apenas uma gestão.

O discurso do Secretário Adib Jatene, gestão 79/83, valoriza o trabalho do professor Leser quando menciona que manterá a mesma equipe Leser, pois "a continuidade administrativa é muito importante, não se deve perder o que foi feito no passado (...) com essa perspectiva... optei por não modificar as linhas mestras que haviam sido traçadas pelo professor Leser"⁴⁵.

A situação de déficit de serviços públicos em saúde, principalmente, na periferia de São Paulo, indicava a necessidade de buscar recursos para fazer frente às necessidades da população. "A zona Leste não tinha hospital. A região de São Mateus era um buraco enorme na Grande São Paulo". Para atender às demandas "era preciso mais 490 centros de saúde e 40 pequenos hospitais"⁴⁶. Assim, a meta de Jatene para a Secretaria foi motivada pela insatisfação com os recursos financeiros disponíveis para resolver esse problema: "não vou ficar com os recursos que me destinam, vou lutar para obter novos recursos. Na verdade, qualquer sistema administrativo funciona melhor ou pior dependendo do esquema financeiro que o suporte".

Era necessário investir para ampliar o acesso, pois "grandes áreas, principalmente na Grande São Paulo, com 100, 200 mil habitantes não tinham consultório. Havia áreas com mais de 300 mil habitantes que não tinham um leito hospitalar – isso dentro da cidade de São Paulo (...)"⁴⁶.

4.1.2. O Início da Mudança: Novos Atores e a Formulação do Novo Modelo de Saúde

A situação da saúde, em São Paulo, fez com que surgissem movimentos populares para reivindicar das autoridades soluções para seus problemas de saúde. Esses movimentos tiveram início na zona Leste e, mais tarde, nas zonas Sul e Norte, do município de São Paulo, por inspiração dos médicos sanitaristas. O movimento de saúde de São Mateus, da zona Leste do município de São Paulo, foi o primeiro a se levantar para reivindicar hospital, pronto-socorro e centro de saúde.

No entanto, apesar da emergência desse movimento⁴⁷, ainda na segunda gestão Leser, ele só ocupou posição mais destacada na gestão Jatene, que percebeu a sua potencialidade para o trabalho da Secretaria. Segundo ele: "o problema do pobre não é ser pobre, é o amigo dele ser pobre; ele não tem amigo que fale com quem decide, ele

⁴⁵ Entrevista de Adib Jatene, janeiro de 1990.

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ É importante ter presente o papel dos médicos sanitaristas nesse movimento, pois na gestão Leser eles assumiram a direção de Centros de Saúde na Zona Leste do Município de São Paulo, desempenhando um papel ativo na mobilização desses movimentos e na formulação de suas demandas.

não é recebido, não é atendido. Então, ou o governo, as pessoas que estão no governo, dialogam e contribuem para entender o problema, e para orientar a sua solução, ou então, vai-se desaguar em movimentos que são inadequados; eu acho que a função do governo é essa"⁴⁸. Nessa perspectiva, as portas da Secretaria foram abertas à população: o Secretário participava de assembléias, recebia críticas. Nesse processo foi concebido o projeto São Mateus que, efetivamente, incorporou a assistência médica à prestação dos serviços públicos de saúde.

O Projeto São Mateus⁴⁹, formulado em 1979, delineou um novo modelo assistencial, que resultou do envolvimento dos profissionais de saúde da área e de membros do Gabinete do Secretário, articulados em um grupo de trabalho. Esse Projeto propunha: "proporcionar assistência médico-sanitária integral à população da área programática por meio de uma rede básica de serviços de saúde, hierarquizados, regionalizados e integrados com níveis mais complexos de assistência à saúde".

Outro objetivo do projeto era a integração da ação da Secretaria e de outras instituições, em uma área piloto, através do desenvolvimento de mecanismos técnico-administrativos, para implantar o Sistema Nacional de Saúde-SNS no estado de São Paulo. Esse objetivo trouxe à cena a proposta de articulação interinstitucional, buscando a parceria do INAMPS para a incorporação da assistência médica na Secretaria da Saúde. O que também reitera o papel que o SNS desempenhou na incorporação da assistência médica à saúde pública, apesar do contexto adverso.

O projeto São Mateus, sendo também uma resposta aos movimentos populares e ao próprio processo de democratização do país, incorporou, como um de seus objetivos, a participação da comunidade e a avaliação das ações de saúde. Nesse sentido, também teve o mérito de incitar populações de outras áreas a se mobilizar para reivindicar o atendimento de suas demandas reprimidas. No bojo do projeto, o Secretário da Saúde constituiu, sob sua coordenação, um grupo de trabalho com a função de elaborar uma proposta de expansão da rede básica de saúde na Grande São Paulo.

A proposta de expansão não diferiu do projeto anterior quanto aos objetivos e diretrizes. Atualizou o diagnóstico, detalhou os mecanismos a serem utilizados e indicou as instituições que, integradas, seriam responsáveis pelo sucesso do projeto. Essa integração, já anunciada no projeto São Mateus, surgiu como uma necessidade de

⁴⁸ Entrevista Adib Jatene, janeiro 1990.

⁴⁹ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. Projeto de Assistência Médico-Sanitária Integral: conglomerado São Mateus – São Paulo, São Paulo, 1979 (mimeo) Sauveur, Giselda B. G. de Araújo. O Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde em São Paulo: um novo modelo ou os desdobramentos da reforma administrativa de 1969?. Cadernos FUNDAP, São Paulo, Ano 3, nº 6, jul. 1983, p.59-70.

O projeto São Mateus é um experimento realizado em uma área do município de São Paulo que correspondia a parte dos denominados Distritos Sanitários de Penha de França, Vila Prudente e São Miguel Paulista, perfazendo um total de 52 km². Ocorreu em função das reivindicações dos movimentos populares de saúde da Zona Leste, na gestão Jatene. Esse projeto lançou as bases do projeto de expansão da rede para a Grande São Paulo, que teve sua formulação iniciada também em 1981.

superar a descoordenação existente entre as instituições, que ofereciam uma atenção fragmentada e ineficiente, agravando ainda mais a crise do setor, explicitada pelas reivindicações dos movimentos populares e pelas greves dos profissionais da saúde⁵⁰.

Assim, a Secretaria de Estado da Saúde produziu o Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde, preconizando a integralidade das ações de saúde, e incorporando a assistência médica aos serviços públicos de saúde. Mas, para viabilizá-lo, faltavam recursos. A Secretaria vinha de uma história de não ter investimento, desde o governo Abreu Sodré (1968) e, ademais, o país não dispunha de recursos para um grande investimento, como era a proposta inicial do projeto. A saída foi buscar recursos externos, junto ao Banco Mundial, para viabilizar o projeto para a Região metropolitana de São Paulo⁵¹.

Os contatos com o Banco Mundial, segundo Guedes(1990)⁵², foram iniciados antes de 1981, mas foi posta a questão do entendimento da proposta: "O Banco queria que tivéssemos uma população alvo, mas nosso modelo não era para atender população com tal renda, era para atender população...Havia, inclusive, discordância de objetivos, de filosofia de trabalho. Por exemplo, o Banco queria que incluísse um programa de controle de natalidade". O processo de negociação permitiu que a equipe da Secretaria fosse explicitando sua proposta, fosse definindo melhor qual era o modelo assistencial que desejava implantar.

A equipe, constituída no Gabinete do Secretário e sob sua coordenação, deu início à formulação de um projeto tomando por base a necessidade de construir quatrocentos e noventa centros de saúde e quarenta hospitais gerais. Nessa perspectiva de construção de uma grande rede, cobrindo as necessidades de saúde da população da Grande São Paulo, foi apresentada ao Banco Mundial, em abril de 1981, uma proposta para financiamento.

No projeto, foi explicitada uma nova organização dos serviços de saúde, de acordo com os seguintes princípios: direito de todo indivíduo à saúde e à assistência médico-odontológica integral; vinculação de cada unidade de saúde a uma determinada população específica; garantia de facilidade de acesso aos serviços; participação da comunidade nas ações de saúde; estrutura regionalizada, hierarquizada e integrada para os diferentes serviços; planejamento integrado interinstitucional realizado a partir do

⁵⁰ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo, São Paulo, 1981 (mimeo).

⁵¹ Essa negociação com o Banco Mundial, segundo Guedes, foi precedida, por outra, junto a Caixa Econômica Federal, para financiamento pelo FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (criado em 1974) de um projeto de construção de 130 centros de saúde. Esse recurso foi liberado no governo Montoro e agregando-se mais dinheiro permitiu a construção de 60 centros de saúde na Região Metropolitana de São Paulo.

⁵² Entrevista José da Silva Guedes, jan. 1990

nível local⁵³. Os princípios que deveriam informar a nova organização dos serviços são um indicativo daqueles que viriam a informar o Sistema Único de Saúde.

Nos objetivos⁵⁴, o projeto, além de propor o estabelecimento de um sistema estadual de saúde regionalizado e hierarquizado, propôs a implantação de uma política estadual de saúde, mediante a melhoria da rede de atenção em áreas carentes.

Na versão sintética, finalizada em janeiro de 1983, o projeto restringiu-se às cinco áreas negociadas com o Banco Mundial, definindo-se a integralidade do modelo de atenção, que realizaria ações preventivas e curativas à clientela, para aumentar eficiência e eficácia do sistema descentralizado⁵⁵. O modelo assistencial previa uma organização em módulos, áreas e regiões de saúde; sendo o módulo composto por um hospital geral e por unidades básicas de saúde, cujo número variava em função do tamanho da população. Os serviços públicos de saúde seriam responsáveis pela assistência médico-sanitária e pelo nível de saúde da população adscrita.

Esse novo modelo pressupunha a integração interinstitucional não apenas para sua gestão mas como meio de uniformizar o tipo de atenção prestada pelas unidades do módulo. É importante lembrar que durante todo o processo de formulação da proposta participaram da equipe representantes do INAMPS e da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo. O Banco Mundial considera viável o projeto sem a

⁵³ Uma apresentação e análise de todo o processo de concepção, formulação e negociação do projeto é feita de forma bastante sucinta por VIANA, Ana Luiza d'Avila, *Sistema e Descentralização – A Política de saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: Formação e Tensões*, Tese de Doutorado, Instituto de Economia/UNICAMP, Campinas, julho 1994, p.65-88.

⁵⁴ Os objetivos do Projeto eram: 1. Estabelecer um Sistema Estadual de Saúde envolvendo a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde; 2. Estender a cobertura das unidades básicas de saúde e de leitos hospitalares a toda a população da região, mediante a ampliação da rede física, visando, em primeiro lugar, a eliminar as deficiências qualitativas e quantitativas da rede de serviços de saúde; 3. Implantar uma Política Estadual de Saúde, que pudesse assumir a coordenação para a construção ou melhoria de unidades sanitárias e hospitalares em áreas consideradas carentes, mudança na forma de sua atuação e adoção de uma política de recursos humanos adequada aos objetivos propostos (Viana, 1994, op.cit., p.68). Os objetivos da versão sintética não diferem no essencial destes enunciados reiterando a reorganização do sistema de saúde na RMSP, reorientando a postura e a competência das instituições públicas e privadas do setor para diminuir morbidade e mortalidade preveníveis; controlar as patologias de maior incidência; garantir o acesso; aumentar a eficiência dos serviços, sua continuidade, para elevar os níveis de saúde. (Projeto Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da RMSP, Versão Sintética, 1983, p.2-8).

⁵⁵ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, *Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos da Saúde da Grande São Paulo, Versão Sintética*, elaborado pela Comissão Especial para Expansão da Rede de Saúde na RMSP (dec. No. 19 278, de 12/08/82) com a colaboração de profissionais das seguintes instituições: Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Economia e Planejamento, Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, INAMPS, Ministério da Saúde e FUNDAÇÃO, São Paulo, janeiro de 1983. Essa versão sintética faz menção do estudo realizado pela Secretaria, em 1980, sobre as necessidades de novas unidades sanitárias (492) e de leitos hospitalares (6 000) e da regionalização da Região Metropolitana de São Paulo, que definiu 34 áreas de saúde agrupadas em 9 regiões de saúde, segundo tamanho da população, homogeneidade de características físicas e sócio-econômicas, e disponibilidade de equipamentos de saúde de maior complexidade. No entanto, nessa versão, o projeto só contempla a implantação de 5 áreas, de acordo com a negociação com o Banco Mundial.

participação do INAMPS para financiar a operação dos serviços. Nesse sentido, o projeto fazia menção de sua adequação ao Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP e aprovado pelo MPAS, através da Portaria No. 3062 de 23/08/1982, mencionava a utilização dos serviços próprios do INAMPS, Prefeitura e da rede privada sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde. Isso ocorreria através dos diferentes componentes do projeto, quais sejam: planejamento, execução, controle, financiamento, equipamento e pessoal.

Para a integração interinstitucional, um pressuposto do modelo, foi prevista a criação de um conselho de âmbito regional e outro metropolitano, em que teria assento, no primeiro, representantes dos órgãos envolvidos no projeto e, no segundo os dirigentes desses órgãos, para o gerenciamento e o planejamento da implantação do projeto e dos serviços. Os recursos financeiros destinados pelas instituições participantes do projeto deveriam ser repassados ao Fundes, que seria responsável por sua gestão.

Assim, o Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde foi uma concepção da Secretaria de Estado da Saúde para superar as contradições da atenção à saúde na Região Metropolitana de São Paulo que no papel de coordenação, articularia as instituições dos três níveis de governo, para estabelecer um sistema estadual de saúde.

Nesse momento estava consolidada uma nova concepção de uma rede integrada de atenção à saúde com a incorporação da assistência médica. A saúde já estava presente nesse projeto como direito do cidadão. Os princípios do Estado do Bem-Estar Social já se faziam presentes buscando a superação da política de saúde, vigente no país, privatista e excludente. A descentralização ainda não fazia parte da agenda, porque se tratava de projetos com autonomia de gestão.

Esse projeto foi retomado na gestão Yunes, pois a equipe que assumiu a secretaria tinha o mesmo compromisso com o projeto de mudança. Assim, em 1983, foi constituída outra equipe no Gabinete do Secretário por decreto do Governador, com assessoria da FUNDAP⁵⁶. Essa equipe fez a versão final do projeto, e respondia às demandas da missão técnica do Banco Mundial realizada entre novembro e dezembro de 1982⁵⁷ e foi negociada com o Banco, em março de 1984. Nessa proposta, o projeto já

⁵⁶ O Decreto nº. 21 862 de 29/12/83 criou o Programa Metropolitano de Saúde e constituiu uma equipe para formular e apresentar ao Banco Mundial a proposta de implantação da primeira fase de um sistema integrado e hierarquizado de atenção à saúde da população das sub-regiões de: 1. Itaquera e Guaianazes; 2. Freguesia do O; 3. Caieiras, Franco da Rocha, Francisco Morato, Mairiporã e Cajamar; 4. Mauá, Ribeirão Pires e ribeirão da Serra; e 5. Cotia (Programa Metropolitano de Saúde, 1a. Fase, Documento Técnico 1/84, São Paulo, março 1984, vol. 1). Neste mesmo mês foi celebrado um Convênio Tripartite entre Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP, Secretaria de Economia e Planejamento – SEP e Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP, que tem como objeto a colaboração recíproca e o intercâmbio técnico entre essas instituições, para elaboração de projeto e a operação da estrutura de administração na implementação do Programa Metropolitano de Saúde – PMS. A FUNDAP prestou consultoria ao PMS a partir da formulação desta proposta até o final da gestão Yunes, fevereiro de 1987.

⁵⁷ Banco Mundial. "Staff Appraisal Report" Washington, 1982. Este relatório da missão avalia a proposta e faz novas demandas para a aprovação do projeto.

denominado Programa Metropolitano de Saúde, não sofreu modificações substantivas. Foram mantidos os princípios e o modelo e explicitadas dimensões não contempladas nas propostas anteriores, como os projetos executivos de cada unidade e os tipos de serviços a serem oferecidos.

Além disso, era demanda do Banco o estabelecimento de um compromisso formal do INAMPS na gestão do projeto. Nesse momento estavam em implantação as Ações Integradas de Saúde -AIS. A Secretaria da Saúde havia assinado, em 27/10/83, o Convênio para execução desse Programa no Estado de São Paulo, que previa não apenas o financiamento dos serviços públicos de saúde como a integração interinstitucional. Com isso o INAMPS comprometia-se com o custeio da operação dos serviços de saúde, passando a comprar serviços da rede estadual e municipal mediante faturamento⁵⁸.

Assim, a implantação das AIS não apenas viabilizou financeiramente a implantação de um novo modelo de saúde no Estado mas, também forneceu instrumentos de integração interinstitucional e de gestão coletiva preconizados no Programa Metropolitano de Saúde – o PMS. Com isso o projeto inovou, mas apropriando o que já era disponível para a rede.

Aprovado o projeto e iniciada sua implantação, a questão então seria o seu gerenciamento. Havia o Conselho Gestor, mas no âmbito da Secretaria deveria haver uma unidade executora. Essa unidade precisava de autonomia e flexibilidade de gestão e deveria ser uma instituição capaz de dar respostas ágeis às demandas, mobilizando os recursos disponíveis. Nessa linha, procurou-se avaliar as várias alternativas para visualizar aquela que conseguisse implementar o projeto de acordo com a realidade da Secretaria da Saúde. Então, era preciso definir qual forma de gestão melhor se adequaria às necessidades da Secretaria, e não às do projeto. A proposta seria implementada para se reproduzir para o conjunto do Estado, e não para apenas algumas áreas..

Apesar da importância desse projeto para a Secretaria de Estado da Saúde e mesmo para o setor saúde no Brasil, ele corria paralelo à organização da Secretaria. Isso, de certo modo, era natural, pois foi uma iniciativa exterior à Secretaria, a qual permanecia com o mesmo formato definido em 1969, privilegiando as ações preventivas através de uma estrutura compartimentada em cinco coordenadorias verticalizadas e centralizadas.

Assim, para evitar que o PMS constituísse uma realidade à parte da Secretaria, aprofundando ainda mais as diferenças e impedindo a reprodução do projeto para o Estado, decidiu-se pela criação de uma unidade gestora na própria Secretaria, no âmbito da administração direta. Com isso pretendia-se que a implantação do novo modelo e seus

⁵⁸ O Programa das Ações Integradas de Saúde, depois estratégia AIS, prevê no Convênio não apenas a integração interinstitucional a partir do planejamento para dar cobertura aos municípios do Estado, como assistência básica à saúde da população urbana e rural, como cria os órgãos colegiados para gestão do Programa: Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, com a função da gestão e coordenação geral; e as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde -CRIS; Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde – CIMS.

resultados pudessem ser, de fato, apropriados pela Secretaria da Saúde. Para tanto foi criada, no interior da Secretaria, uma quinta Coordenadoria, denominada Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde – CPMS⁵⁹.

A CPMS trazia a proposta de um novo formato para as coordenadorias, porque horizontalizava a estrutura existente, na medida em que agregava, em módulos, centros de saúde, hospitais, laboratórios e ambulatórios de especialidades, como o de saúde mental. Não havia vários critérios de departamentalização, mas apenas o territorial. Foram subordinados à CPMS os cinco módulos de saúde e suas respectivas unidades. Por isso pode-se dizer que essa estrutura foi uma negação do que existia na Secretaria e, ao mesmo tempo, o embrião de sua mudança.

O PMS e, conseqüentemente, a CPMS trouxe para o interior da Secretaria propostas que inovavam a sua prática institucional e técnica. Essa visão é reiterada por um dos dirigentes da Secretaria na época: “o Programa Metropolitano de Saúde trazia uma nova forma de organização de serviço. Trazia duas coisas muito novas: a noção de que tudo devesse ser pensado a partir da definição do modelo assistencial, a convicção de que estava errada a forma como vinha sendo feito o planejamento de saúde, que deveria ser feito a partir do nível local... bem como colocou o que seria este planejamento local, o módulo... e a importância de pensar a assistência médica de uma forma integrada”⁶⁰.

Assim, com a criação da CPMS definiu-se que a estratégia de implantação do Programa ocorreria no interior da Secretaria. A estrutura criada para a gestão do projeto trazia consigo a proposta de integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, não apenas no âmbito institucional, mas também interinstitucional, incorporando à sua organização, os órgãos de gestão das AIS.

Coexistindo com as Coordenadorias verticalizadas, a CPMS sugeria a necessidade de repensar a própria organização da Secretaria e de seus serviços. A verticalização existente na Secretaria representava a dicotomia, já superada no discurso, entre saúde coletiva e individual, entre saúde pública e hospitalização. A estrutura verticalizada e centralizada da Secretaria, compartimentada por equipamento, desintegrada, refletia-se em um atendimento sem resolutividade, ineficaz e alheio aos problemas de saúde da população.

Esse momento teve um significado importante para a história da Saúde Pública em São Paulo e para o Brasil, pois indicou o papel que o setor público deveria assumir para sair da marginalidade.

⁵⁹ A FUNDAP assessorou nesse processo, inclusive no estudo das alternativas, elaborando o documento: “Formato Institucional para a Secretaria executiva do Programa Metropolitano de saúde: Alternativas”, São Paulo, FUNDAP, maio 1984. A FUNDAP continuou na consultoria da CPMS e na implantação do projeto, assessorando sua institucionalização e no processo de implantação dos ERSA. A Coordenação do PMS-CPMS foi criada pelo Decreto nº. 23 195 de 01/02/1985.

⁶⁰ Entrevista Ana Maria Figueredo, em 1990.

4.1.3. O Embate Entre a Velha Organização e a Nova Proposta

O novo modelo de saúde preconizava a integração dos serviços através da articulação das instituições públicas e de sua ação programática. Incorporava, através do módulo de saúde, a assistência médica em serviços hierarquizados com capacidade resolutiva para atender a população circunscrita a uma área. O módulo, enquanto unidade organizacional dotada de autonomia gerencial, traduzia as propostas do governo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde.

Esse modelo, trazido para o interior da Secretaria com a CPMS, constituiu-se em fator de inovação mas, apesar do apelo, o novo parecia irrealizável porque a organização estava em outro tempo. Isso é reiterado pelo discurso de Figueredo (1990)⁶¹ para quem "pensar o modelo de saúde a partir da questão da assistência introduzia a necessidade de pensar a questão da organização a partir de uma nova lógica, que implicava nova tecnologia gerencial, e a velha Secretaria não dava conta disso; mas o PMS sim, pois havia recursos para isso. Isso começou a criar dentro da Secretaria duas culturas institucionais distintas: o novo, moderno, eficiente era o PMS e o velho era a Secretaria".

O embate entre essas duas culturas impregnou o discurso e, até mesmo, a prática de alguns segmentos da Secretaria, mas não foi um fator imobilizador. Ao contrário, várias iniciativas procuraram encontrar novas saídas. Aliás, o novo não era apenas o PMS. A conjuntura estava em processo acelerado de mudança apesar da crise. A criação das AIS, a descentralização e a participação como propostas de governo mobilizaram dirigentes e funcionários para iniciativas que inovaram e que revelaram o esgotamento da organização da Secretaria, para gerenciar uma nova concepção de prestação de serviços.

A incorporação da assistência médica vinha se impondo com as AIS e várias iniciativas buscavam realizar projetos que a viabilizassem. A proposta de Modelo de Centros de Saúde Municipalizados, realizada no âmbito do Departamento Regional de Saúde de Osasco- DRS 1.5, incorporava a assistência médica. Foi redefinido o modelo de prestação de serviços nas unidades de saúde, procurando "eliminar a falsa contradição entre prestação de assistência à coletividade e prestação de assistência ao indivíduo. Os centros de saúde podiam e deviam orientar suas ações tanto no sentido de melhorar as condições de saúde da população local, através do controle de doenças endêmicas, e da prestação de assistência aos desnutridos e gestantes, como de prestar atendimento às ocorrências agudas e intercorrências, não previstos pelos programas pré-estabelecidos, e que representam grande parte da demanda atual" (FUNDAP, 1985)⁶².

⁶¹ Entrevista Ana Maria Figueredo, fev. 1990

⁶² O Departamento Regional de Saúde – DRS 1.5, dirigido por Sonia Terra Ferraz, no contexto das AIS, deu início ao processo de municipalização de centros de saúde em dois municípios da Regional: Embu e Taboão da Serra. Para dar corpo a esse processo, a equipe do Distrito Sanitário de Itapeverica da Serra, dirigido por Maria Rosa Logiodicce Cardoso, com assessoria da FUNDAP, formulou um

Essa mudança também foi proposta para outros centros de saúde estaduais dessa regional. Além disso, delineou-se um modelo de ambulatório de especialidades, de maior resolutividade. Contudo, essas experiências eram limitadas, restritas aos centros de saúde dos Departamentos Regionais de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

Mas, o mais importante dessas experiências foi o envolvimento que criavam no âmbito de sua realização. Técnicos, consultores e a população, no caso do Embu, reuniram-se para conceber o modelo e, depois, para o planejamento e sua implantação.

Esse processo de mudança tinha como objetivo reformular a Secretaria para melhorar a prestação dos serviços de saúde. Pensava-se numa Secretaria prestadora de serviços, mesmo estando colocada a questão da municipalização. A proposta era aumentar a eficácia das ações da Secretaria, através da integração e reordenação dos serviços prestados.

Assim, as AIS desempenharam um papel fundamental, não somente possibilitando a incorporação da assistência médica, mas também incorporando os instrumentos de gestão colegiada. A criação das comissões interinstitucionais, para coordenação e gestão das AIS, faz com que o enfrentamento dos problemas de saúde passasse a ser encaminhado de maneira integrada nos órgãos colegiados. O que isso trazia de novo para a prática da Secretaria era o fato de terem assento, nesses colegiados, os representantes do INAMPS, concretizando a integração interinstitucional que já era proposta pelo Professor Leser, na sua segunda gestão.

A dinâmica de valorização das instâncias colegiadas coincidia com a postura da gestão Yunes que reativou, ou criou, esse instrumento de gerência como um meio de articulação das organizações e de possibilitar a participação e a descentralização. Foram criados, também no âmbito regional, os Grupos Regionais de Integração de Ações de Saúde -GRIAS, para consolidar os orçamentos das unidades existentes em cada região. Foram implantados convênios de integração de serviços em mais de quatrocentos municípios.

modelo de Centro de Saúde Municipalizado, que foi implantado e avaliado. cf. FUNDAP. Proposta: Modelo de Centro de Saúde Municipalizado, São Paulo, FUNDAP, set. 1985, vol. 3 (mimeo). Posteriormente foi realizado outro projeto em um Centro de Saúde da Capital, de maior complexidade. cf. FUNDAP. Relatório Final da Consultoria à Secretaria de Estado da saúde: Reorganização da Secretaria-Modelo Assistencial e a Organização dos Centros de Saúde, São Paulo, FUNDAP, março 1987, vol. VII (mimeo). A assessoria à Regional era parte de um primeiro contrato de consultoria da FUNDAP à Secretaria da Saúde, no período de janeiro a agosto de 1985. Essa consultoria organizacional compreendia a realização de trabalhos conjuntos para identificar o papel da Secretaria e de suas diversas unidades, para em seguida visualizar o que mudar para aumentar a eficácia da prestação dos serviços prestados. Como a Regional era responsável pela prestação de serviços a consultoria também abrangeu essa DRS 1.5. cf. FUNDAP. Projeto Assessoria Técnica à Secretaria da Saúde-Relatório Final: Diagnóstico da Secretaria: Nível Central e Regional, São Paulo, FUNDAP, set. 1985, vol. 1.(mimeo).

Concomitante a esse projeto a FUNDAP tinha outro contrato de consultoria com a CPMS, para o processo de implantação do PMS. cf. FUNDAP. Relatório da Consultoria à Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, São Paulo, FUNDAP, Julho de 1986.

A implementação desses mecanismos de coordenação, principalmente no nível regional, que deveria ser uma instância de articulação dos recursos financeiros e institucionais, exigia que a Secretaria dotasse seus Departamentos Regionais de Saúde – DRS, de capacidade de respostas. Apesar do Secretário João Yunes ter atribuído aos diretores desses Departamentos Regionais o "status" de Subsecretários da Saúde, eles não possuíam, de fato, autonomia de decisão sobre os serviços de saúde da Secretaria. Eram os principais responsáveis pela prestação desses serviços, mas podiam gerenciar apenas os centros de saúde. A competência que receberam do Secretário era, desse ponto de vista, apenas uma intenção, pois a fragmentação da estrutura da Secretaria inviabilizava a concretização de seu poder sobre o sistema regional de saúde. Porém, esse conjunto de gerentes, assim valorizado, constituiu um grupo de pressão pela mudança.

Além da fragmentação da estrutura, as decisões na Secretaria eram centralizadas. Isso ficou mais claro com as AIS que destinavam recursos para contratação de pessoal e esse processo era feito no nível central. Os diretores regionais, em contatos mensais com o Secretário, negociaram a descentralização. Obtiveram-na e para isso constituíram suas áreas de pessoal, selecionando, contratando e recebendo os recursos diretamente das AIS. Os Distritos que, de fato, não tinham um papel na organização, também foram beneficiados com as AIS, que "começaram a dar vida a eles, porque era nesta instância que se faziam os planos e os Termos Aditivos"⁶³. A Regional (Departamento Regional) ajudava e aparava as arestas do ponto de vista político, já que havia diretorias de distrito que não se davam com os prefeitos, quando eram do PDS... a minha postura sempre foi a de que a questão partidária não pode ser maior do que a necessidade que a população tem" (Terra, 1990)⁶⁴.

Na Secretaria da Saúde, a desconcentração e a municipalização articularam-se em um processo que se foi construindo. No início de 1985, a descentralização já estava incorporada no discurso dos dirigentes, e isso vinha ao encontro de diretrizes básicas do Governo Montoro: "descentralização do processo decisório e o estímulo à participação de todos os setores da população nas questões que afetam seus interesses".

No entanto, não havia ocorrido, ainda, uma transferência efetiva do poder para os níveis regionais. Ocorreram apenas algumas medidas descentralizadoras. Para a sua concretização havia constrangimentos legais advindos das competências das Regionais (FUNDAP, 1985a)⁶⁵, que remontavam a 1969. A esses limites agregava-se alguma

⁶³ O município para receber recursos das AIS deveria aderir ao Convênio da Secretaria de Estado da Saúde de julho de 1983, mediante um Termo Aditivo. Isso era articulado pelo Distrito Sanitário. Essa unidade era subordinada ao Departamento Regional de Saúde da CSC e tinha um papel de planejamento e supervisão das ações de saúde realizadas nos centros de saúde a ele subordinado; no entanto, de fato, não realizava esse papel restringindo-se a uma função de intermediário entre o Departamento Regional e os Centros de Saúde.

⁶⁴ Entrevista de Sonia Terra Ferraz, janeiro de 1990.

⁶⁵ FUNDAP. Projeto Assessoria Técnica à Secretaria da Saúde-Relatório Final: Diagnóstico da Secretaria: Nível Central e Regional, São Paulo, FUNDAP, set. 1985a (mimeo). Esse relatório como

resistência de dirigentes de Coordenadorias. "A alegação era de que o Regional não teria capacidade para fazer certas atividades caso houvesse a descentralização"(Terra, 1990).

Quanto à municipalização, no início do governo, essa questão surgiu como uma necessidade para agilizar a prestação de serviços de saúde. Com essa perspectiva, foi logo iniciada a assinatura de convênios entre o Estado de São Paulo e municípios, pelos quais o estado transferia recursos financeiros, equipamentos, recursos humanos e materiais, ficando a cargo dos municípios a gestão desses recursos. O objetivo era fixar o médico em municípios que não contavam com esse profissional e nem com serviços de saúde.

Esse processo abrangeu duzentos e cinquenta municípios do Estado e era denominado de Programa do Município Carente. Na prática, o Estado arcava com as despesas e o município, com a responsabilidade da gerência, inclusive contratando os profissionais. Mas a gestão era, de fato, atribuída a um órgão colegiado, o Conselho Diretor, no qual tinham assento dois representantes da Prefeitura e dois do Estado. Apesar desse trabalho, a municipalização ainda não era, para o conjunto dos dirigentes, uma decisão muito clara. Não se sabia o que era municipalizar, e especulava-se sobre a necessidade de uma estratégia global para sua operacionalização.

A participação, por sua vez, constituiu, no âmbito da Secretaria, uma das estratégias da gestão Yunes; as decisões eram tomadas em conjunto. Essa dinâmica foi reforçada com as AIS, que introduziram as instâncias colegiadas. Os Diretores dos Departamentos Regionais utilizavam-se dos colegiados de que participavam e de suas reuniões mensais com o Secretário para conseguir novos espaços de poder para a regional.

Ainda assim, a estrutura da Secretaria constituía um fator impeditivo para concretizar uma política de prestação de serviços de saúde à população de forma hierarquizada e regionalizada. As Coordenadorias trabalhavam de maneira isolada como se não dependessem umas das outras. Não existia articulação intercoordenadorias, apesar das reuniões sistemáticas dos colegiados.

4.1.4. Estratégias de Viabilização da Mudança

Diante dessa situação, os diretores regionais pressionavam para que fosse ampliado, de direito, seu espaço de poder e começaram a definir estratégias que pudessem viabilizar a mudança. Como formavam um coletivo homogêneo, pois todos os diretores regionais eram sanitaristas, com prática e militância no setor público de saúde, obtiveram uma situação favorável no poder central. O nível central da Secretaria permeabilizou-se às pressões, o que ocorreu não apenas com as reuniões do colegiado

já foi dito resultou do trabalho de consultoria, sob coordenação de Luciano A. P. Junqueira, esse Diagnóstico resultou de entrevistas com os dirigentes da Secretaria no início de 1985, para verificar sua percepção dos pontos de estrangulamentos da gestão da Secretaria para aumentar sua eficácia.

com o Secretário de Estado da Saúde e com o Coordenador da CSC, mas em função de um espaço, especialmente criado por eles, para avaliar os dois anos da gestão Yunes. Foi um encontro de três dias com o Secretário e seu "staff", denominado Encontro de Cananéia.

Esse encontro, realizado em setembro de 1985, constituiu um ponto de inflexão da gestão Yunes⁶⁶. Duas de suas conclusões merecem, especialmente, ser recuperadas: "A experiência da Grande São Paulo e mais recentemente de outros Departamentos Regionais que assinaram termo aditivo ao Convênio INAMPS/SES, através das AIS, tem indicado ser este o caminho a ser seguido, rumo à tão necessária reorganização da assistência médico-sanitária no nosso Estado, quiçá do país.(...) representa a integração e gerenciamento interinstitucional dos serviços públicos de saúde, constitui, de longe, o mais importante estímulo externo para profundas mudanças na Secretaria de Estado da Saúde". Nessa conclusão foi explicitada a importância das AIS para reorganização da assistência médico-sanitária. A conclusão seguinte complementa afirmando que "a Secretaria de Estado da Saúde precisa concretizar, enquanto instituição, sua travessia de Serviço de Saúde Pública para Serviço Público de Saúde...para isso exige mudanças efetivas e apontam para: a incorporação efetiva da assistência médica e prestação de assistência integral à saúde das pessoas; integração da extensa, porém marginal, rede sanitária estadual à uma efetiva porta de entrada para um novo sistema de saúde"(SES/CSC, 1985).

Dessa forma era proposta uma nova Secretaria, centrada na prestação de serviços. Além disso fez-se um diagnóstico da Secretaria, dos serviços por ela prestados e da credibilidade da rede perante a população. A partir daí é que se preconizou um outro tempo, uma outra organização dos serviços de saúde, incorporando a descentralização e a municipalização. Para que isso se viabilizasse, foram propostos novos arranjos institucionais, como a redefinição do papel das coordenadorias e dos departamentos regionais e, de imediato, a subordinação dos Departamentos Regionais da Grande São Paulo à CPMS.

As conclusões de Cananéia foram levadas ao colegiado central da Secretaria da Saúde, denominado de Conselho Técnico Administrativo-CTA, do qual participaram todos os dirigentes de primeiro escalão. Para essa apresentação foi convocado, pelo Secretário, um CTA ampliado, com a participação dos diretores regionais, outros dirigentes de segundo escalão e, também, técnicos da FUNDAP que atuavam como consultores na Secretaria. As conclusões foram aceitas na sua totalidade e, nessa mesma reunião, foi proposta a reorganização da Secretaria.

⁶⁶ Este encontro denominado II Encontro de Diretores Regionais, realizado em Cananéia de 11 a 13 de setembro de 1985, foi organizado pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade, com assessoria da FUNDAP, para avaliar os dois anos da gestão Yunes. As conclusões desse encontro deu conta dos problemas da gestão e propostas para superação. cf. Secretaria de Estado da Saúde/Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Relatório do II Encontro de Diretores Regionais, Cananéia, setembro 1985, In: FUNDAP. Antecedentes ao Processo de Reorganização da Secretaria da Saúde: Documentos, vol. 1, Anexo A. São Paulo. março de 1987.

Para viabilizar essa decisão, na reunião do CTA, foi definido um grupo de trabalho para esboçar uma proposta de reorganização e suas estratégias. O grupo foi denominado Grupo de Trabalho de Reorganização da Secretaria – GTR, constituído pelos Coordenadores ou seus representantes, sob a coordenação do Secretário Adjunto, Otávio de Azevedo Mercadante, com assessoria da FUNDAP. Esse grupo era o responsável por coordenar o processo de reorganização, tendo em vista o novo modelo assistencial.

O processo de mudança que ocorreu na Secretaria de Estado da Saúde não se deu em função de uma única determinação. A conjuntura na saúde alterava-se e a Secretaria, mesmo com uma estrutura ultrapassada, gestava no seu interior uma nova organização. A CPMS, que emergiu para implantar, avaliar e depois disseminar para outras áreas um novo modelo assistencial, teve sua proposta rapidamente incorporada pela Secretaria, mobilizada para superar as contradições internas e a ineficiência de seus serviços.

A reorganização da Secretaria parte da concepção de um novo modelo assistencial que preconizava a saúde como um direito e o acesso universal de todos os cidadãos aos serviços de saúde. Tal fato veio, de alguma maneira, antecipar o processo que estava sendo gestado pela Reforma Sanitária. A descentralização preconizada para a Secretaria não era de redução do Estado, para tornar os serviços mais eficazes, em uma perspectiva meramente racionalizadora. O movimento era outro. Visava a transformar a Secretaria em órgão de prestação de serviços de saúde, redefinindo o seu papel numa nova perspectiva assistencial.

A mudança que ocorreu naquele momento era parte de um processo que até hoje se realiza, porque o ideário que a informou não se esgotou e nem a utopia do projeto sanitário foi substituída, embora demande aperfeiçoamento e atualização face às determinações sociais.

4.2. O MODELO ASSISTENCIAL E O PROCESSO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Nesta seção pretende-se mostrar como o novo modelo informou a mudança que ocorreu na Secretaria da Saúde. Como a Secretaria transitou da perspectiva de serviços de saúde pública para a de serviços públicos de saúde. Isso requeria uma concepção que possibilitasse uma nova maneira de organizar esses serviços. É nesse sentido que o modelo de saúde constituiu a referência que norteou a conformação do que deveriam ser os serviços públicos de saúde.

Esse novo modelo incorporando a assistência médica acarretou implicações que não estavam presentes no modelo da saúde pública em São Paulo. As unidades de saúde ofereciam consulta médica dentro dos programas, e, como tal, contemplavam a dimensão da clínica. No entanto, esse atendimento destinado basicamente à cobertura da

população marginalizada, excluída do mercado de trabalho, não apresentava resolutividade. Os centros de saúde eram unidades para a prevenção e a promoção da saúde, como dizia o Professor Leser. No novo modelo, a proposta era que o centro de saúde deixasse de ser uma unidade isolada, passando a fazer parte de um sistema hierarquizado e regionalizado mediante a incorporação da assistência médica.

Os centros de saúde, com a incorporação da assistência médica, passaram a ter uma nova organização, deixando de ser moldada pelos programas até então dominante. Acreditava-se, naquele momento, que esses programas, tal como eram desenvolvidos, possuíam características, que contribuíam para a burocratização do atendimento e a repressão da demanda (FUNDAP, 1985b:8). Hoje essa questão é colocada de maneira diversa por Schraiber *et al* (1990) em função, talvez, da própria democratização que ocorreu na sociedade e, conseqüentemente, nas organizações.

O que se pretendeu com essa mudança foi, no primeiro momento, otimizar a capacidade instalada dos centros de saúde, abrindo suas portas à demanda espontânea, sem perder aquilo que era próprio dos equipamentos de saúde pública. Contudo, essa otimização também vinha atender aos propósitos racionalizadores do governo federal na tentativa de superar o esgotamento do modelo médico -privatista.

Difícil? Talvez sim, mas esse era o desafio. Havia um conjunto de atores mobilizados que acreditavam ser preciso que toda a população tivesse acesso aos serviços, garantindo seu direito à saúde. Talvez esse entendimento estivesse enviesado porque, sem explicitar, o que se estava privilegiando enquanto direito à saúde, o que prevalecia era o acesso à assistência médica. Por mais que se queira criticar essa concepção, o novo, em uma rede com capacidade ociosa e repressão de demanda, era a assistência médica. Atender a população, naquele momento, era permitir-lhe o acesso ao médico.

Essas condições foram criadas com as AIS, que viabilizaram a incorporação do setor público na prestação dos serviços de saúde, visando a contornar a crise nacional do sistema. O tamanho da rede do Estado permitiu que uma nova concepção de organização dos serviços de saúde pudesse ser gestada, abriu-se as portas dos centros de saúde à população despossuída, que era sua clientela. Para essa parcela da população, o Pronto Atendimento representou um grande ganho.

Com a assinatura dos Convênios AIS entre INAMPS, estados e municípios, deu-se início a esse novo modelo. Os postos municipais de saúde passaram a atender nos moldes dos centros de saúde estaduais e os postos de atendimento do INAMPS, por sua vez, passaram a responder, também, pelo atendimento secundário e de ambulatorios especializados, viabilizando a hierarquização.

A articulação das instituições de saúde, através dos órgãos colegiados, criados no âmbito das AIS, desempenhou um papel central. O convênio expandiu-se, principalmente em 1986, atingindo praticamente toda a rede estadual e cobrindo quinhentos e um municípios onde, na época, vivia 98% da população do Estado.

O Secretário da Saúde, João Yunes, disse: "Fomos fazendo convênios por região(...). O primeiro convênio foi feito entre a Secretaria da Saúde, a Prefeitura Municipal de São Paulo e o INAMPS, para atender à população previdenciária na área metropolitana de São Paulo. Depois essa proposta se estendeu para praticamente todos os municípios do Estado de São Paulo(...)".

Nesse particular é oportuno lembrar o papel desempenhado pelo Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, José da Silva Guedes, que contribuiu para que as AIS fossem incorporadas como uma estratégia de gestão para todos os estados e municípios. Além disso as AIS nesse momento deixaram de ser apenas um instrumento para contratação de pessoal, para viabilizarem a incorporação, pelo setor público, da assistência médica⁶⁷.

No bojo desse processo veio também a municipalização, implícita à diretriz de descentralização contida no modelo: "Em nossa proposta todo centro de saúde novo recém construído, passaria para a Prefeitura; partíamos do princípio de que a prefeitura administra melhor do que o Estado. Na área metropolitana de São Paulo, em nossa gestão, passamos todos os centros de saúde novos para as Prefeitura dos municípios onde estavam localizados(...) Assim essa relação com as prefeitura havia começado antes do SUDS, através da passagem dos centros de saúde e do convênio AIS que lhes garantia o repasse de verbas do INAMPS"⁶⁸.

Dessa forma, as AIS não apenas redistribuíram recursos entre os níveis de governo como possibilitaram a implementação de medidas no sentido da regionalização e da integração interinstitucional dos serviços e, mesmo, da hierarquização. O modelo privilegiava a integração horizontal entre os prestadores e seus equipamentos e, desse modo, questionava a estrutura verticalizada da Secretaria e a própria desarticulação dos seus serviços.

Na sua realização, esse modelo deparou-se com a diversidade de culturas das organizações envolvidas e com as dificuldades de adaptação dos profissionais, que impactaram o tipo de assistência que o Pronto Atendimento introduziu na rede. Será que o Pronto Atendimento foi um mal? Será que o modelo proposto conseguiria moldar, na sua atualização, um profissional médico adequado? Não se pode ter ilusões de que apenas a vontade constrói e muda a realidade social.

O modelo que informou essas mudanças foi concebido no âmbito do Programa Metropolitano de Saúde. Esse projeto foi elaborado por uma equipe de sanitaristas, a partir de sua experiência, das experiências de outros países, da interlocução com os movimentos populares de saúde e da crença desse grupo na sua capacidade de formular um projeto sanitário justo e capaz de superar as desigualdades que penalizavam a maioria da população brasileira.

⁶⁷ Entrevista José Carlos Seixas, 1995

⁶⁸ Entrevista João Yunes, em março de 1983.

Apesar das especificidades desse projeto, o modelo que o informou não era de propriedade exclusiva dos sanitaristas paulistas, porque, gestado no âmbito do movimento sanitário, concretizou concepções nele presentes. Foi feita uma leitura dessa concepção de modelo de saúde adequando-a a condições sociais concretas. O PMS previu uma rede de serviços de saúde organizados de maneira descentralizada, e com a participação da população para realizar um atendimento integral, equânime e universal. A rede deveria ser hierarquizada, regionalizada e integrada, para oferecer serviços de saúde com resolutividade e tendo o módulo de saúde como unidade organizacional do modelo (Ibañez & Viana, s/d: 13)⁶⁹.

A reorganização da Secretaria, impulsionada por esse modelo, viria valorizar sua dimensão de prestadora de serviços de saúde, na perspectiva de estabelecer uma nova "relação comunidade/serviço de saúde e cliente/equipe de saúde" (SES/FUNDAP, 1987:6). Com isso se preconizava uma nova forma de atendimento e, também, a redefinição do papel do setor público na articulação e integração dos serviços de saúde de uma determinada área.

A inércia da Secretaria e a sua incapacidade em gerenciar a transição não resistiram às forças dinâmicas que existiam no seu interior e mesmo fora dela. A proposta de uma nova forma de organização dos serviços demandava uma mudança na Secretaria e na sua lógica de atuação. Sua organização deveria ser repensada a partir de sua prática, para reordenar sua estrutura, a partir de uma lógica que valorizasse a prestação dos serviços de saúde.

A partir dessa visão, a descentralização, ganhou viabilidade como um meio de criar outras instâncias de poder, para possibilitar o acesso dos usuários aos tomadores de decisão. É nessa perspectiva que se deve entender como ocorreu o processo de transformação do aparato burocrático da Secretaria de Estado da Saúde e a criação dos Escritórios Regionais de Saúde – ERSA.

4.3. ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE: O PROCESSO DE SUA FORMAÇÃO

A reorganização da Secretaria da Saúde que ocorreu com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde – ERSA não foi exatamente aquilo que, normalmente, na história da administração pública tem-se denominado de reforma administrativa. Foi uma transformação da estrutura organizacional conseqüente de um movimento cujos dirigentes perceberam que os arranjos institucionais vigentes eram incapazes de dar conta das demandas, da transição que ocorria no sistema de saúde com as AIS e, especialmente, com a CPMS.

O discurso da descentralização e da participação era incompatível com o processo de gestão da Secretaria. Fazia-se necessário mudar. E essa mudança decorreu

⁶⁹ cf. DONINNI, O. e HAYASHIDA, H. Modelo Assistencial, Programa Metropolitano de Saúde: Modelo Assistencial, São Paulo, PMS, s/d, p.23-28.

de um projeto que pretendia tornar a saúde um direito de todos, colocando o setor público como ator principal do processo de prestação de serviços.

O ponto de partida desse processo, como se viu, fora dado pelo Encontro de Cananéia e a questão central era a descentralização como forma de viabilizar uma prestação dos serviços de saúde eficaz. Além disso, o governo do Estado havia formulado uma nova divisão administrativa consolidada através dos Escritórios Regionais de Governo – ERG. Pretendia-se criar, no interior do estado de São Paulo, outros núcleos de poder, além das doze regiões administrativas organizadas em torno dos principais centros regionais. A proposta do ERG, segundo Seixas, não era ser um polo de poder do governo do Estado no interior, mas um espaço de negociação dos prefeitos onde se faria a interlocução com o governo estadual e por onde deveriam passar, também, decisões referentes às políticas sociais⁷⁰.

Acreditou-se que os Escritórios Regionais de Governo eram a possibilidade de estabelecer uma nova regionalização, que permitisse a descentralização efetiva da prestação dos serviços de saúde da Secretaria.

A regionalização da saúde, contudo, não poderia repetir a divisão compartimentalizada da Secretaria, subordinando as unidades prestadoras de serviços a quatro coordenadorias independentes, obstaculizando a gestão integrada desses recursos. Pelo contrário, deveria viabilizar a integração.

Essa nova divisão regional do Estado permitiria viabilizar a concepção da Secretaria como prestadora de serviços de saúde. Nas diretrizes para reorganização da Secretaria isso é explicitado: "para reunir sob uma mesma direção várias agências prestadoras de serviços, hierarquizando-as com vistas a uma maior eficácia em relação aos resultados, é preciso ter-se uma base física onde seja tomadas as decisões e distribuídos os recursos(...) é conveniente para a gestão dos equipamentos de saúde a mesma área geográfica dos ERG, propondo-se os Escritórios Regionais de Saúde como verdadeira instância de decisão e administração de recursos a nível regional"⁷¹.

4.3.1. A Mudança Negociada

Nesse item procurar-se-á discutir como foi negociada a mudança, e, no item seguinte, as resistências ocasionadas. Mudar significa contrariar interesses. Mesmo sendo uma causa compartilhada, dificilmente conseguirá ser uma unanimidade. Daí a necessidade de contar com atores comprometidos com o projeto, capazes de negociar a mudança para torná-la exequível.

⁷⁰ Entrevista José Carlos Seixas, Secretário da Habitação do Governo Montoro, 1995.

⁷¹ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, GABINETE DO SECRETÁRIO. Resolução do Secretario de 11/03/86. Diretrizes para Reorganização da Secretaria de Estado da Saúde e os Escritórios Regionais de Governo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 12/03/86

Nesse sentido, a reorganização contou com um grupo de dirigentes e técnicos responsáveis pela condução do processo. O Grupo de Trabalho de Reorganização – GTR, com assessoria da FUNDAP⁷², buscou criar, a partir do nível regional, uma dinâmica de discussão e de alianças com o nível municipal, que permitisse redefinir o papel das agências prestadoras. Visava a delinear, desse modo, uma organização capaz de dar maior eficácia ao atendimento integral à população. Daí a necessidade de conceder maior autonomia ao nível regional, dando agilidade às suas ações e poder de articulação dos recursos necessários à prestação de serviços.

Os ERSA surgiam em substituição aos Departamentos Regionais de Saúde e aos Distritos Sanitários da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, como uma unidade de gestão, tendo a seu cargo, as unidades administradas pelas antigas Coordenadorias, quais sejam: a Coordenadoria de Saúde da Comunidade; a Coordenadoria de Assistência Hospitalar; a Coordenadoria de Saúde Mental e a Coordenadoria de Serviços Técnicos. Nesse movimento horizontalizou-se a Secretaria, passando para o âmbito dos ERSA todos os equipamentos de saúde existentes na área geográfica de sua abrangência: centros de saúde, hospitais, laboratórios e ambulatórios de saúde mental.

Assim foi definida, para o nível regional, uma estrutura que resultou de um processo que privilegiava a prestação de serviços de saúde, de forma regionalizada, integrada e hierarquizada. O ERSA passou a ser o órgão de articulação dos recursos interinstitucionais. Seria o responsável pelo planejamento das ações de saúde, definindo a utilização dos recursos que garantissem à população o atendimento das suas necessidades de saúde. Com essa proposta, mudava-se a lógica da organização da Secretaria, a partir do seu nível periférico. Essa descentralização resultou de um processo, desenvolvido em uma conjuntura que favorecia o surgimento de organizações com autonomia de decisão para garantir aos cidadãos seu direito à saúde.

Essa reorganização resultou de uma ampla discussão conduzida pelo GTR e pelos grupos que foram denominados de Grupos de Operacionalização – GTO. O trabalho foi realizado no interior do Estado, a partir da constituição de grupos nos quarenta e sete Escritórios Regionais de Governo. Desses grupos também participaram representantes da Prefeitura, ou mesmo, do INAMPS, sendo, no primeiro momento, um processo interinstitucional⁷³.

⁷² Foram constituídos dois Grupos definidos na reunião ampliada sobre os resultados do Encontro de Cananéia; Grupo Tarefa da Reorganização – GTR envolvendo os Coordenadores, sob a coordenação do Secretário Adjunto e outro na CPMS para integrar os Departamentos Regionais da Grande São Paulo, contudo esse GT era para conduzir uma tarefa transitória. Além desses grupos havia os grupos de operacionalização constituídos para contribuir no processo de condução com assessoria da FUNDAP.

⁷³ A constituição de grupos e a divulgação dos documentos que definiam a linha do trabalho eram objeto de Resoluções do Secretário, publicadas no Diário Oficial. O objetivo era divulgar e documentar o processo, fazendo com que o conjunto dos funcionários fossem informados do seu desenvolvimento, viabilizando sua participação. Isso contribuiu para reduzir o "gap" entre o grupo de formulação e o conjunto dos funcionários, mas não o resolveu, pois apesar do DO ser de fácil acesso, há contradições

Os grupos constituídos em cada ERSA⁷⁴, responsáveis pela sua organização e implantação, conformavam uma proposta de estruturação a partir de parâmetros de um modelo organizacional básico definido pelo GTR. Esse modelo pretendia simplificar a gestão dos ERSA, definindo suas competências básicas: coordenação do processo de planejamento em consonância com as políticas da Secretaria; organização e execução dos programas de saúde, avaliação de seus resultados e impactos.

Cada Grupo de trabalho de ERSA, conformava uma proposta de estrutura que era discutida, em São Paulo, com os consultores do processo e com membros dos Grupos de operacionalização. Desse trabalho surgia uma proposta de estrutura para os ERSA, que variava de acordo com o tamanho e complexidade.

Esse trabalho também não ocorreu ao mesmo tempo em todas as unidades regionais da Secretaria. As situadas no interior tiveram um ritmo diferente daquelas da Grande São Paulo. Enquanto as primeiras negociavam a implantação, as outras ainda discutiam a divisão administrativa, já que se constituíram em núcleos de resistência ao processo. A resistência ocorreu na região de Campinas e na Grande São Paulo, onde as associações de sanitaristas e funcionários eram mais ativas e se faziam presentes. Isso determinou um tempo diferente na execução da reforma, considerando que esse processo pretendia obedecer às diferenças de tempo da instituição e dos seus membros.

Em razão dessas diferenças, os decretos referentes à constituição dos ERSA foram promulgados em datas diferentes⁷⁵. O ritmo na condução do trabalho, no interior e na Grande São Paulo, não foi o mesmo, retardando o processo, mas, viabilizou um espaço democrático na Secretaria. Isso, de algum modo, reforçou a estratégia de condução do trabalho pela qual a nova estrutura da Secretaria não deveria resultar de uma decisão meramente formal.

4.3.2. As Resistências à Mudança

Mesmo em uma mudança em que o objetivo é partilhado pela maioria, como no caso da saúde, não significa que todos os atores envolvidos tenham a mesma percepção do processo. Isso porque os interesses individuais, ou mesmo de grupos, podem não ser atendidos pela maneira como o processo é conduzido. E isso ocorreu na Secretaria. Os

naturais no processo de compreensão das informações oficiais e na sua circulação informal, pela "rádio peão" ou "rádio corredor".

⁷⁴ Em alguns futuros ERSA, geralmente aqueles que não correspondiam a uma área de Distrito, o número de equipamentos de saúde era reduzido e não havia um local para sua instalação. Nesses casos as respectivas Prefeituras eram solicitadas para dar seu apoio. As negociações com os prefeitos foram importantes para apoiar o processo e dar-lhe legitimidade.

⁷⁵ O Decreto nº. 25 519, de 17/07/86 criou e estruturou os 47 Escritórios Regionais de Saúde do Interior; o Decreto nº 25 609, de 30/07/86 criou os 17 Escritórios Regionais de Saúde-ERSA da Região Metropolitana de São Paulo – RMSP e subordinou aos ERSA as unidades de saúde existentes na sua respectiva área de abrangência. Esses decretos alteraram a estrutura da Secretaria, apesar do decreto geral de reorganização da Secretaria só sair no final do ano 1986.

interesses individuais, ou de grupos, de segmentos dos funcionários, de alguma maneira estavam contrariados, mesmo havendo concordância com a proposta que ajudaram a construir⁷⁶.

Os sanitaristas, um dos segmentos mais avançados da Secretaria, possuíam interesses políticos próprios e, por razões diversas, alguns desses atores se posicionaram contra o processo. Parte da resistência dos sanitaristas passava pela questão da incorporação da assistência médica: "Tínhamos uma crítica muito grande ao modelo vigente de então. Achávamos que, na verdade, a incorporação da assistência médica deveria se dar subordinada a uma prática coletiva, de atenção integral à saúde e não como se implantou, que foi o modelo do pronto atendimento. A assistência médica para as classes populares no Brasil, hoje, é o atendimento baseado no pronto atendimento, que o governo estadual defendeu na gestão Pinotti. Esse modelo reduz a questão da saúde à assistência médica; isto é o contrário da lógica da epidemiologia, é a lógica da clínica" (Escrivão, 1990)⁷⁷.

Essa questão retoma a discussão entre epidemiologia e clínica. Se a proposta era da atenção integral, essa dicotomia não se colocava. Essa proposta num primeiro momento não teria sua implantação viabilizada, o que viria impactar os resultados, prevalecendo a assistência médica. A incorporação da assistência médica era natural, mas, polêmica pois "enquanto instrumental de prestação de atendimento à saúde dentro de um conjunto de outros instrumentos, deve estar obrigatoriamente presente em toda a rede. Mas como o único, ou melhor, o hegemônico, ela transforma a questão de saúde em questão de doença" (Escrivão, 1990)⁷⁸.

Da ótica dos condutores da mudança o que se pretendia, naquele momento, não era apenas uma releitura, por parte do setor público, do modelo médico-privatista. Preconizava-se a atenção integral e não se pretendia, ao incorporar a assistência médica, reduzi-la ao Pronto Atendimento, perdendo todo um avanço conquistado com trabalho dos sanitaristas na Secretaria. É isso que se depreende do discurso do Secretário Yunes (1987)⁷⁹: "o principal objetivo da política de saúde no governo Montoro foi melhorar o atendimento à população, superando a dicotomia entre ações preventivas e curativas e possibilitando o atendimento integral à saúde".

⁷⁶ A FUNDAP no seu trabalho de consultoria utiliza da metodologia da pesquisa-ação que privilegia a relação interativa consultor/cliente. Assim, os produtos da consultoria resultam desse trabalho conjunto, pois nada adianta à organização uma proposta que não tenha aderência à sua realidade organizacional e não envolva seus membros, porque são eles os responsáveis pela sua implantação. E isso na Secretaria da Saúde teve um significado especial, inclusive do ponto de vista dos dirigentes: "a FUNDAP teve um papel muito grande nesse processo de apoio logístico, técnico para viabilizar a reforma, com seus técnicos envolvidos no processo" cf. JUNQUEIRA, L. A. P. A mudança organizacional no setor público de saúde: delineamento de uma metodologia, Rev. Adm. públ., Rio de Janeiro, 26(2):139-44, abr./jun. 1992.

⁷⁷ Entrevista Alvaro Escrivão Junior, janeiro 1990.

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ YUNES, João. Apresentação de Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento, São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde/ FUNDAP, São Paulo, fev. 1987.

O processo ainda estava no nível do discurso. Mesmo o PMS que introduzira a discussão do modelo na Secretaria, não tinha, ainda, concretizado sua implantação através dos módulos de saúde.

Toda mudança tem um preço. Pode-se até concordar no discurso, nas intenções, mas isso muda quando é preciso alterar as práticas e a estrutura de poder. O esforço era de valorização do modelo como referência para a mudança. Mas isso não significava, de pronto, a alteração das práticas sanitárias. Dependia de uma nova distribuição do poder e, mesmo, da mudança efetiva na forma de organização e de prestação dos serviços de saúde, com a incorporação da assistência médica para garantir a atenção integral à saúde da população.

Os médicos sanitaristas poderiam ter contribuído para concretizar uma nova prática sanitária pois, naquele momento, o modelo não passava de um conjunto de conceitos e de intenções que formalizavam o projeto sanitário.

Assim, "o processo da reforma teve momentos bastante difíceis. Por mais que o Secretário quisesse descentralizar, havia uma inércia na organização, além da questão do poder. Muitos coordenadores faziam o discurso a favor da reforma, mas na hora de realmente abrir mão de sua coordenadoria era complicado. (...) sua dinâmica foi influenciada por vários fatores, entre eles a pressão dos diversos níveis, principalmente do nível local e distrital"(Terra, 1990)⁸⁰.

A mudança, em geral, implica luta pelo poder. E isso não pode ser negado. Do contrário, significa, como diz Ferraz (1990)⁸¹, "negar a realidade das relações humanas. Então, era fundamental preservar o espaço democrático de discussão, que evitasse, ao término desse processo, uma disputa em que grupos mais organizados tivessem o poder de impor sua proposta, não em função da sua praticidade, mas como resultado de seu poder de pressão".

Como interesses estavam sendo contrariados, havia um jogo de poder, que "não eram exatamente "lobbies", mas eram quase como se fossem. Os hospitais que se julgavam mais complexos sob hipótese alguma admitiam ficar ligados a um Escritório Regional. Todos queriam ficar ligados diretamente ao Secretário,(...) porque imaginavam que isso lhes daria maior autonomia"(Malik, 1991)⁸².

A resistência à mudança pode se manifestar de diversas maneiras, desde a inércia e a indiferença até a oposição declarada. É claro que o peso dessas manifestações depende do poder de quem se manifesta.

No caso da reforma, o grupo mais fortemente articulado contra esse processo era o dos sanitaristas, que passava por um discurso técnico: "Somos contra o processo e não contra a proposta", mas, "somos a favor da superação da fragmentação da

⁸⁰ Entrevista Sonia terra Ferraz, jan. 1990.

⁸¹ Entrevista Marcos Ferraz, 1990.

⁸² Entrevista Ana Maria Malik, julho 1991.

Secretaria"(Escrivão, 1990)⁸³. E "a descentralização, a hierarquização eram decisões que os sanitaristas como um todo apoiavam. A criação das regiões, a figura do subsecretário, todos concordavam com isso. Havia unanimidade total quanto à necessidade de acabar com as coordenadorias".

A Associação dos Servidores da Secretaria da Saúde, os movimentos populares de saúde, ainda segundo Escrivão, também eram favoráveis ao modelo de saúde, mas eram contra o processo. Contra a incorporação da assistência médica sem certas condições, contra a falta de condições de trabalho na Secretaria.

Assim, muitos concordavam com a proposta, com os objetivos, mas temiam certas consequências de sua implementação. Queriam "que o Secretário abrisse uma discussão geral para resolver se ia fazer a reforma ou não" (Terra, 1990)⁸⁴, mas em um momento em que a reforma já estava decidida. Em todos os espaços abertos, e foram muitos, como reuniões, fóruns e plenárias, o debate que emergia não era sobre como realizar e consolidar o novo modelo da Secretaria, sobre o qual, em tese, havia concordância, mas sempre de questionamento do processo e das condições de trabalho, o que constituiu um fator imobilizante da negociação. Não eram apresentadas propostas de substituição ou ajustes, mas a de paralisação do processo.

Para Terra (1990) a falta de compromisso político com o grupo dirigente é que ocasionava essa situação, pois havia resistência de militantes ou simpatizantes de outro partido que não desejavam operacionalizar a reforma sob a égide do partido que estava no governo. Reclamavam, também, um processo mais participativo e com maior possibilidade de debate, mas o tempo de que se dispunha para a reforma não permitiu ampliar, ainda mais, a discussão.

A oposição dos sanitaristas à reforma também repercutiu em outros espaços públicos. Na Assembléia Legislativa, o deputado Eduardo Jorge mobilizou seus pares, associações de classe e de movimentos populares, em reuniões na Comissão de Saúde, em que se questionou a reforma e seu encaminhamento, bem como suas repercussões na carreira do médico sanitarista.

Duas medidas contribuíram para fortalecer a oposição dos sanitaristas: uma foi a extinção do Distrito Sanitário, cuja direção, historicamente, era privativa de sanitaristas, e a outra foi constituir a direção do Escritório Regional de Saúde como de livre provimento, para o qual haveria alguns requisitos. A expectativa natural dos sanitaristas era que, uma vez extintos os distritos sanitários e os velhos departamentos regionais, eles seriam, por direito, os diretores dos Escritórios Regionais de Saúde. Isso não ocorreu. Acreditava-se, naquele momento, que o livre provimento permitiria agilizar a gestão do ERSA, colocando, na sua direção, diretores afinados com a proposta de

⁸³ Entrevista Alvaro Escrivão Junior, jan. 1990.

⁸⁴ Entrevista Sonia Terra Ferraz, jan. 1990.

governo, de confiança do Secretário, escolhidos entre profissionais que preenchessem os requisitos para o cargo.

Isso foi negociado com os sanitaristas através de sua Associação, mas não se chegou a um acordo. Segundo Escrivão (1990)⁸⁵, não havia, por parte dos sanitaristas, uma posição corporativa. Isso não era "verdadeiro para o setor politicamente organizado da categoria (...) essas pessoas eram extremamente comprometidas com o trabalho, (...) jamais teriam coragem, enquanto categoria, de se posicionar de forma corporativa (sic). (...) Não havia resistência nesse plano. O que propúnhamos era abrir mão dessa condição de carreira por um modelo democrático que não ficasse vulnerável ao clientelismo. Essa era a divergência".

Entretanto, não eram apresentados nem negociados esses "critérios democráticos". O fato é que a oposição representava interesses de uma corporação, que acreditava que seu papel, na saúde pública do Estado, legitimava sua posição. "Brigamos muito contra a forma de desmonte da carreira de médico sanitarista", diz Escrivão⁸⁶.

Essa situação merece ser debatida. Não parece ter havido vontade de reduzir a importância política do médico sanitarista na Secretaria de Estado da Saúde, durante a gestão Yunes. Ao contrário, era valorizado, inclusive, os dirigentes da Secretaria, na sua maioria, eram sanitaristas. Mercadante(1989)⁸⁷, caracterizando o perfil dos diretores da gestão Yunes, lembra que "todos eram sanitaristas, com grande legitimidade, vinda de um processo de escolha dos sanitaristas da região, e alguns com apoio de deputados, mas um apoio sempre posterior à escolha (...) Essa era a característica marcante do grupo". Isso não significava, contudo, que todos os sanitaristas participavam do mesmo grupo político. Daí as diferenças.

A trajetória do movimento sanitário em São Paulo está intimamente ligada à própria história da Secretaria de Estado da Saúde e ao médico sanitarista. Sem dúvida era importante sua contribuição, como vanguarda do pensamento sanitário, na construção e, até mesmo, para o ajustamento do processo de mudança. Causaria estranheza pensar que um sanitarista pretendesse desmontar a carreira. O que ocorreu, de fato, foi a desvinculação entre a carreira e a estrutura de poder da Secretaria, em um contexto em que se questionava se os membros de uma carreira deveriam ter como horizonte os cargos de chefia, já que a capacidade gerencial não se vincula, necessariamente, a um tipo de profissional.

Apesar dos sanitaristas estarem comprometidos com o projeto sanitário, com a sua eficácia, nem todos teriam, necessariamente, perfil gerencial. Além disso, havia uma certa intransigência para negociar interesses. Há, com certeza, alguma dificuldade em separar interesses legítimos e interesses clientelistas. Talvez essa situação não seja

⁸⁵ Entrevista Alvaro Escrivão Junior, jan. 1990.

⁸⁶ Idem.

⁸⁷ Entrevista Otávio Azevedo Mercadante, nov. 1989.

característica apenas dos sanitaristas, mas em geral de profissionais comprometidos com a causa pública, que perseguem uma certa racionalidade das suas ações.

O fato é que os sanitaristas, como elementos estratégicos e fundamentais para a mudança que eram, não foram capazes de apresentar uma alternativa para esse momento.

Apesar da posição da Associação dos Médicos Sanitaristas, muitos deles, individualmente, assumiram a dinâmica do processo. "Só foi possível montar os Escritórios Regionais de Saúde porque essas pessoas, em algum momento, aderiram ao processo e o conduziram, inclusive antigos diretores de distrito que tiveram seus cargos suprimidos...não iríamos conseguir levar adiante nenhum sistema de saúde com aquela estrutura"(Figueredo, 1990)⁸⁸.

Mais tarde, na gestão Pinotti, é que houve o desmonte do poder dos sanitaristas. Isso foi atribuído, por eles, à reforma, sem a qual, acreditavam, teriam espaços de atuação garantidos. Tal atitude pode não corresponder a realidade dos fatos. A reforma pode ter contribuído para o que ocorreu, na medida em que extinguiu os distritos e não reservou apenas aos integrantes da carreira o cargo de direção dos ERSA. Mas os ERSA não eram os Distritos com maior autonomia. A proposta do livre provimento já ocorria nos Departamentos Regionais, e o ERSA era também um Departamento, moldado a partir do novo modelo de saúde, com um outro papel gerencial e político.

Apesar das intenções dos reformistas e das razões da resistência, mesmo sendo difícil mensurar o peso que a reforma teve na desarticulação do grupo dos sanitaristas e de seu alijamento do poder, passados tantos anos desse evento, pode-se dizer que, de fato, houve perdas. Elas não foram apenas dos sanitaristas, mas da própria Secretaria, que deixou de dispor de um grupo organizado, capaz de ser um interlocutor legítimo, para se contrapor às mudanças aventureiras, ou à inércia que assolaria a Secretaria em outras gestões.

Talvez os sanitaristas, comprometidos com a instituição ao longo de sua história, nesse momento de redefinição de um novo modelo de saúde para a Secretaria, não se deram conta da importância desse processo.

É possível que a mudança, se tivesse ocorrido com um maior envolvimento dos sanitaristas, comprometidos com a construção da nova Secretaria, na gestão seguinte, teria havido interlocutores para negociar com o novo ocupante do cargo os rumos do processo. Como estavam envolvidos apenas individualmente, não constituíram um grupo de interlocução e nem definiram o seu nicho de poder na nova instituição.

Essas questões são apenas indicativas de uma das consequências da mudança, que se acreditava ser uma causa do movimento sanitário. Talvez a posição partidária de parte dos sanitaristas, na opinião de Seixas (1995)⁸⁹, fez com que a Associação se

⁸⁸ Entrevista Ana Maria Figueredo, jan. 1990.

⁸⁹ Entrevista José Carlos Seixas, 1995.

colocasse numa posição contrária ao poder estabelecido e, conseqüentemente, descomprometidos com a proposta de construção da nova Secretaria naquela gestão.

No entanto, a oposição ao processo de reorganização não se deu apenas por parte dos movimentos organizados, especialmente, dos sanitaristas, mas também de unidades da Secretaria.

Apesar da Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde – CPMS ter constituído o embrião da nova Secretaria, ela funcionava como um projeto e possuía uma relação privilegiada, não apenas no âmbito da Secretaria, mas também do próprio governo do Estado, em função do financiamento do Banco Mundial. A proposta de Cananéia, aprovada pelo Secretário, de subordinar as Regionais da Grande São Paulo à CPMS, mudava seu estatuto, apontando para uma redefinição do seu papel no interior da Secretaria, o que foi de difícil aceitação.

Essa situação se deve ao fato do grupo responsável pela condução da CPMS acreditar que a mudança da Secretaria passaria, necessariamente, por ela. Entretanto, o conjunto da Secretaria incorporou o modelo antes do previsto, porque já tinha uma reflexão amadurecida em outras áreas. Daí a necessidade invertida da CPMS repensar-se para o novo momento político-administrativo da Secretaria. Se isso não ocorresse, a CPMS continuaria como um projeto, e teria a sua eficácia.

Com a dificuldade dessa Coordenadoria envolver-se, inicialmente, no processo de mudança, a reforma atrasou na Grande São Paulo, retardando o processo de constituição dos ERSA⁹⁰. "Havia uma resistência grande do PMS todo em relação a reforma, foi como se passasse um trator em cima do programa, pois de uma hora para outra, a CPMS passou a incorporar todos os regionais da Grande São Paulo"(Terra, 1990)⁹¹.

À oposição da CPMS juntou-se a dos funcionários dos futuros Escritórios Regionais da Grande São Paulo, em processo de constituição⁹², aliados ao dos médicos sanitaristas.

Constituídos os ERSA, a oposição ao processo tornou-se mais difusa, concentrando-se em algumas áreas, porque as unidades que se pretendia mudar, seja integrando com outras ou transformando sua natureza, não tinham o mesmo significado e não envolviam tantos interesses como as unidades regionais. A exceção foi o Instituto Adolfo Lutz que também era uma rede. Os Laboratórios deveriam ser transferidos para

⁹⁰ O Grupo constituído para a transferência dos Departamentos Regionais da Grande São Paulo para a CPMS é que acabou responsabilizando-se pela divisão da área, coordenado por Sonia Terra. Essa divisão foi depois discutida nas regionais da Grande São Paulo, mas a pressão dos funcionários e diretores de distrito foi muito grande porque eram contra o processo. Esse movimento contrário retardou ainda mais a constituição dos ERSA na Grande São Paulo.

⁹¹ Entrevista Sonia Terra Ferraz, jan. 1990.

⁹² Isso ocorreu porque a divisão administrativa do Estado, com ERGs – Escritórios Regionais de Governo, não abrangia a Grande São Paulo. Por isso foram criados mais 17 ERSA, compreendendo o Município de São Paulo, subordinados à CPMS.

os ERSA, para exercerem um papel de apoio à assistência. A complexidade de parte da rede, com os laboratórios locais, era restrita e esperava-se que realizassem o apoio diagnóstico da assistência. Os laboratórios de nível regional continuariam subordinados ao Lutz como Laboratório de Saúde Pública. Mas essa mudança também não foi facilmente absorvida.

Como disse Ferraz (1990)⁹³ "nosso grande problema era como fazer a descentralização. Essa é uma questão extremamente difícil e era necessário vencer algumas barreiras. A primeira é relativa a uma posição que se coloca assim: 'descentraliza-se tudo menos o meu'. (...) Por outro lado havia uma corrente que pensava assim: 'descentraliza-se tudo'. O que de certa forma significava a negação de que algumas ações na área da saúde são centralizadas por natureza, enquanto que outras, de menor complexidade, são obviamente descentralizáveis".

O fato é que um processo de mudança não se dá sem transtornos, sem contrariar interesses, ainda mais quando isso significa transferir poderes. A racionalidade que os idealizadores da mudança acreditam promover, nem sempre corresponde de todos os atores. Os indivíduos nas organizações reproduzem o seu arco de interesses, quando não criam outros.

Assim, a reorganização da Secretaria reiterou essa situação. Apesar da direção da mudança ter sido pautada pelo modelo de saúde, aceito pelo movimento sanitário, isso não foi suficiente para se estabelecer novas alianças, novos acordos, que permitissem dar maior eficácia ao processo. Os pontos comuns não foram suficientes para superar os interesses divergentes e mobilizar, o conjunto da massa crítica, para a construção de uma nova Secretaria da Saúde.

Entretanto, a reorganização da Secretaria, com todos os seus percalços, viabilizou, na saúde, as diretrizes do governo Montoro de descentralização, municipalização e participação. Ela permitiu que o poder fosse desconcentrado com uma nova lógica de gestão. Isso veio reforçar o movimento da Reforma Sanitária que já estava em processo, cuja proposta era a garantia dos direitos sociais.

O reordenamento da Secretaria de Estado da Saúde a partir da descentralização criou novas instâncias de poder sem reduzir seu aparato. O que se pretendia não era descentralizar para dar maior eficácia à atuação do Estado, através da redução do seu custo. Ao contrário, a proposta era mudar a lógica de operação do aparato, a partir de uma nova concepção de atenção pública de saúde, para dar acesso à população a serviços de maior resolutividade.

Contudo, esse processo não se consolidou na gestão que o concebeu. Como a mudança implicou na criação de novas instâncias de poder, mesmo tendo envolvido, no processo, os responsáveis pela implantação dos níveis regionais, isso demandava tempo para prover recursos e outras medidas operacionais. Isso vem de encontro ao que diz Sá

⁹³ Entrevista Marcos Ferraz, fev. 1990.

(1978:79) “a mudança pretendida deve situar-se, cronologicamente no início de períodos de governo, levando-se em conta possibilidades e restrições legislativas e operacionais”.

Além disso, a nova estrutura poderia ter o seu Decreto de criação revogado pelo novo governo, como ocorreu da última gestão LESER. No entanto, há uma diferença. Os ERSA, mesmo sendo criados no final de gestão, eles resultaram de um trabalho conjunto, que envolveu vários segmentos da organização, inclusive as prefeituras. Além disso, a descentralização fazia parte da agenda do governador eleito, abrangendo a municipalização.

Entretanto, a consolidação dos ERSA ocorreu em função do SUDS. A estrutura desconcentrada dos ERSA permitiu a Secretaria assumir as competências recebidas do INAMPS, viabilizando a implantação do SUDS.

4.3.3. O ERSA e suas Relações Institucionais: o Nível Central e os Municípios

A reorganização do nível regional da Secretaria de Estado da Saúde, fez com que os ERSA passassem para seu comando todas as unidades estaduais de saúde existentes em seu âmbito. Apesar disso, nem todos os ERSA possuíam equipamentos condizentes com as necessidades da atenção à saúde da população à qual serviam. Face a essa desigualdade, em muitos ERSA criou-se um aparato burocrático mais reduzido, pois a rede a ser gerenciada era pequena. Por isso, suas estruturas organizacionais não foram todas iguais. Essa foi uma decisão importante porque, geralmente, na burocracia pública homogeneiza-se independente da tarefa a ser realizada.

A diferenças das redes dos ERSA, acreditava-se que seriam resolvidas, em função das necessidades de saúde da população e da capacidade de investimento na saúde dos governos estadual e municipal. Na perspectiva da Secretaria prestadora, os Departamentos Regionais existentes na época, em número de dezessete, não teriam capacidade para melhorar o atendimento que se pretendia da rede. Acreditava-se que com os ERSA, em número de sessenta e dois, essa situação poderia ser, se não resolvida, pelo menos atenuada.

Apesar da municipalização ser uma meta, inclusive com negociações sendo realizadas e o ERSA tendo como uma de suas competências explícitas a implementação desse processo, a Secretaria organizou-se, regionalmente, como prestadora de serviços. A criação dos ERSA tinha como foco a coordenação e a gerência das unidades estaduais de saúde da região, mas não se restringia a isso. Através da CRIS – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – deveria conduzir o processo de planejamento e coordenação do setor saúde no âmbito regional, incluindo os órgãos federais, municipais e privados.

A permanência da Secretaria como prestadora era natural porque, naquele momento, o setor público passava a incorporar a assistência médica aos seus serviços de saúde⁹⁴.

Portanto, a primeira etapa da reorganização da Secretaria passou pelos ERSA como unidade de prestação dos serviços de saúde e de integração da rede. Pensou-se, devido a sua importância para o sistema local de saúde, subordiná-los diretamente ao Secretário. Mas isso foi considerado inviável, em função da quantidade de ERSA (62) e, então, foi concebida uma instância orçamentária de articulação, planejamento e avaliação dos ERSA, em número de cinco, denominadas Coordenações de Saúde⁹⁵. Cada uma tinha subordinado a si um determinado número de ERSA, constituindo as chamadas Macro-regiões..

Nesse movimento, também a CPMS transformou-se na Coordenação de Regiões de Saúde 1, ou seja, da Região Metropolitana de São Paulo-RMSP, adequando-se à nova realidade institucional da Secretaria.

O foco da proposta da reforma era o Escritório Regional de Saúde – o ERSA, ao qual cabia tornar realidade o modelo regionalizado, hierarquizado, integrado e descentralizado para prestar uma atenção integral à população da sua área de abrangência. Por isso, ele foi organizado para ter autonomia do ponto de vista técnico-administrativo.

É importante, porém, visualizar que tipo de autonomia era essa. O discurso era o da descentralização, da transferência de poder, mas, de fato, o que houve foi deslocamento de poder com base territorial. Apesar dos ERSA localizarem-se em diversas regiões do Estado, a decisão era em última instância do Secretário, que a delegava aos diretores de ERSA.

Nesse sentido, o que ocorreu com os ERSA foi uma desconcentração do poder que se deu no âmbito da Secretaria e não para um outro ente exterior a ela. Desse ponto de vista, isso não caracteriza uma etapa do processo de descentralização.

Em relação à municipalização, o processo era outro. Naquele momento, ou seja, antes de 1988, o que ocorria era a transferência de competências do Estado para os municípios. Nesse sentido, houve um processo de descentralização, com o Estado transferindo o seu poder de prestar serviços ambulatoriais, pois os municípios ocupavam-se apenas das urgências. Com a Constituição Federal de 88 e, mais especificamente, com a Lei Orgânica da Saúde, a situação mudou em face da redistribuição de competências entre os entes da federação. Os municípios passaram a ter a responsabilidade da

⁹⁴ As cinco áreas da CPMS apresentavam a seguinte organização: Mauá, era um módulo e transformou-se em ERSA; Itaquera/Guainazes com cinco módulos, transformou-se em ERSA; Freguesia do O com quatro módulos, transformou-se em ERSA; Caieiras um módulo transformou-se em ERSA, a única exceção foi Cotia.

⁹⁵ Decreto nº. 26 774, de 18 de fevereiro de 1987, seção IV, da Estrutura, Artigo 10. Esse decreto deu o formato final à Secretaria.

prestação das ações e serviços de saúde. A partir desse momento, o poder foi formalmente redistribuído, não cabendo mais falar na sua transferência.

Já em relação aos convênios firmados com os municípios, em que a Secretaria, enquanto instituição, delegou competências para outro ente, tratava-se de descentralização, na medida em que ela poderia recuperar, a seu tempo, as competências delegadas.

O ERSA, enquanto uma unidade da Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela gerência de uma rede, que em princípio, deveria prestar serviços resolutivos à população, necessitava de certa autonomia para viabilizar essa tarefa, seja isoladamente, seja articulando com outras instituições ou níveis de governo. Além disso a Secretaria também deveria apoiar essa tarefa e foi nesse sentido, em função do ERSA, que o nível central foi organizado.

Para respaldar do ponto de vista técnico a consecução das atividades do ERSA, foi concebido o Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde-CADAIS. Seu objetivo era subsidiar o Secretário e as regionais na formulação e implementação das políticas de saúde, a partir de suas demandas, em especial em relação ao modelo assistencial e às ações integradas de saúde. Previa-se uma equipe capaz de articular o conhecimento disponível e especialistas para assessorar a rede na formulação de suas atividades de saúde.

As outras unidades técnicas, como os Centros de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, também deveriam trabalhar com a mesma postura, com a diferença de que algumas das ações de controle de endemias ainda eram de sua responsabilidade. Além disso, foi criado o Grupo Técnico de Planejamento – GTPLAN, com a função de elaborar o planejamento estratégico da Secretaria.

Talvez seja oportuno reiterar que a reforma da Secretaria no nível central veio como consequência da lógica imposta pelo nível regional, como unidade prestadora. O importante era mudar a lógica que informava a prática da Secretaria, voltada para si mesma, para as necessidades dos seus funcionários e não da sua clientela, numa perspectiva em que prevaleciam os interesses das corporações.

É importante lembrar que essa mudança deveu-se a vários fatores, mas, principalmente, à vontade política dos dirigentes, que acompanhavam e se posicionavam, sem receio de que o seu poder fosse questionado pelas idéias e propostas novas. Esse processo resultou de um processo, que envolveu o coletivo da organização.

Assim, em 1986, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, finalizou-se uma etapa do processo da reforma técnico-administrativa, iniciada em 1983. Foi permeada pelas mais diversas determinações, de caráter local, regional e nacional, contribuindo para que, no interior da Secretaria, fosse conformado o projeto sanitário, que explicitava princípios e crenças, já anunciados pelo movimento da Reforma Sanitária.

O novo governo, que assumiu em 1987, encontrou uma Secretaria mudada, mas perdeu parte da história que lhe dava sentido, porque as pessoas que entraram não tinham feito parte desse processo e a reforma, em termos práticos, não estava consolidada.

Tal fato remete a uma dimensão central do movimento da mudança. Até aqui, discutiu-se a reforma nos seus avanços, e no seu significado de redistribuição de poder. Contudo, a sua realização depende, fundamentalmente, das pessoas que transformam as idéias em fatos. É delas, do seu envolvimento e compromisso com a proposta, que resulta a própria história da organização.

Assim, sem um corpo técnico de funcionários comprometidos, a reforma não passaria de um discurso, porque as condições de trabalho, que o setor público tem oferecido a seus servidores, fragilizam cada vez mais a credibilidade dos serviços e do próprio funcionário que, desmotivado, mal pago, pouco envolvido, também desacredita no resultado do seu trabalho.

Apesar das limitações e contradições desse processo, a Secretaria mudou e preparou o advento, em São Paulo, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Uma nova etapa que viria a consolidar o papel do setor público na gestão da saúde, do seu projeto sanitário. No entanto, isso não significou garantir a população o acesso a serviços resolutivos e de qualidade, cumpriu uma etapa do projeto, mas sua consolidação iria depender da definição de uma política nacional de saúde, informada por um modelo de saúde mais justo e equânime.

4.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DONINNI, O. & HAYASHIDA, H.

s.d. Modelo Assistencial In Programa Metropolitano de Saúde. São Paulo, PMS, 23-28

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1985a Diagnóstico da Secretaria: Nível Central e Regional. Relatório Final de Projeto. Assessoria Técnica à Secretaria da Saúde, São Paulo, FUNDAP, v.1 mimeo.

1985b Modelo de Centro de Saúde Municipalizado: proposta. Relatório Final de Projeto. Assessoria Técnica à Secretaria da Saúde, São Paulo, FUNDAP, v.3, mimeo.

1989 Relatório Final do Projeto de Assessoria ao CONASS para Avaliação do SUDS: Encontros Regionais, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

1991 Relatório Final do Projeto de Assessoria ao Ministério da Saúde para implementação do Pro-Saúde, São Paulo, mimeo.

FUNDAP & SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

1984 Programa Metropolitano de Saúde: 1ª Fase, Documento Técnico. São Paulo, v. 1.

IBAÑEZ, N. & VIANA, A.L.

s.d. Programa Metropolitano de Saúde: Estratégias de Implantação em São Paulo. In Programa Metropolitano de Saúde, São Paulo, PMS, p.13-22.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates

1983a A gestão de recursos humanos na Secretaria da Saúde. Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):87-95.

1983b Organizações Públicas que atuam no Setor saúde em São Paulo. Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):12-24.

SÁ, Evelin N. de C.

1978 Uma experiência de reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 1978]

SAUVEUR, Giselda B. G. de Araújo

1983a O Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde em São Paulo: um novo modelo ou os desdobramentos da reforma administrativa de 1969? Cadernos FUNDAP: Análise de Políticas Públicas, São Paulo, 3(6):59-70.

1983b A reforma Administrativa Federal nos Anos 60 e seus desdobramentos em São Paulo. Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):60-71.

SCHRAIBER, Lília Blima (org.)

1990 Programação em saúde hoje. São Paulo, Hucitec.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1979 Projeto de Assistência Médico-Sanitária Integral: conglomerado São Mateus – São Paulo. São Paulo.

1982 Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos da Saúde da Grande São Paulo. Síntese. elaborado pela Comissão Especial para Expansão da Rede de Saúde na RMSP. São Paulo.

1987 Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento, São Paulo, SES/FUNDAP.

SILVA. Pedro Luiz B.

1983 A Política de Saúde no Brasil de suas repercussões no Estado de São Paulo - nos anos 70: uma tentativa de síntese. Cadernos FUNDAP. Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):4-11.

WOHLAND, Milan

1983 O Gasto dos órgãos da Administração Pública em Saúde e Saneamento no estado de São Paulo – 1978/80, Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):25-59.

5. A IMPLANTAÇÃO DO SUDS-SP: FATORES FACILITADORES E RESTRITIVOS

Este capítulo procura apreender os fatores que contribuíram para a implantação do SUDS em São Paulo, no período de junho de 1987 a março de 1991. Contempla, em um primeiro momento, a concepção e as estratégias para implantação do SUDS, enquanto um programa nacional, bem como as oposições a esse processo. Em seguida, verifica como isso ocorreu na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, analisando a estratégia escolhida para implantar o SUDS/SP, as resistências e os apoios à mudança, bem como o papel dos ERSA nesse período.

Com essa discussão, pretende-se demonstrar como o processo de implantação do SUDS, preconizado como um movimento de transferência de competências do nível federal para os níveis estadual e municipal, foi, antes, um processo de desconcentração do que de descentralização, uma vez que os órgãos federais permaneceram com o controle e o poder de intervir na gestão.

Apesar disso, esse processo ocorreu de maneira diferenciada em São Paulo, devido à existência da estrutura desconcentrada da Secretaria de Estado da Saúde, que permitiu que essa organização assumisse as competências até então desempenhadas pelo INAMPS, órgão da instância federal.

Conformando uma nova gestão, o SUDS mudou a lógica do aparato estatal do nível estadual, que deixou de ser apenas prestador para transformar-se também em gerenciador do sistema de saúde em seu âmbito. Esse momento trouxe consequências significativas para a política de saúde estadual e municipal, permitindo que o conjunto da população passasse a ter acesso à assistência médica, até então privilégio dos previdenciários.

Nesse sentido, é importante verificar como se deu a reorientação da assistência ambulatorial básica, incorporado pelo setor público, que constituiu a grande inovação desse período. E as consequências desse processo nas relações com o setor privado.

O SUDS consolidou um novo momento da política do bem estar social, mas sem ainda deixar seu caráter compensatório, em função da magnitude da clientela beneficiada e da limitação dos recursos necessários à sua implantação.

5.1. O PROGRAMA DOS SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE: CONCEPÇÃO E ESTRATÉGIAS

Para analisar a implantação do Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS no Estado de São Paulo, é importante visualizar, no plano nacional, a sua constituição e as diretrizes e instrumentos que configurariam o processo no nível estadual.

Conforme discutido no terceiro capítulo deste trabalho, o SUDS foi conformado no âmbito do movimento da Reforma Sanitária. Enquanto as propostas da reforma eram encaminhadas na Constituinte, o grupo dirigente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, com o respaldo da direção do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, procurou operacionalizar mudanças que permitissem redefinir o modelo de saúde hegemônico no país.

A VIII Conferência Nacional de Saúde preconizara a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde. Isso estava em discussão na proposta do SUS na Constituinte. Enquanto essa proposta era encaminhada no Congresso, os dirigentes preocuparam-se com a reformulação das AIS – Ações Integradas de Saúde, para transitar para um novo sistema⁹⁶. Apesar da sua importância as AIS não tinham conseguido, segundo Mendes (1993:41), "superar o caráter de política social compensatória e constituir-se em uma estratégia de mudança do Sistema Nacional de Saúde".

O SUDS, com o aprofundamento das AIS, pretendia viabilizar a reorganização do setor, no sentido da Reforma Sanitária, de modo a superar a situação de centralização e desordenação⁹⁷.

O Presidente do INAMPS, nesse momento, Hésio Cordeiro, acreditava que a maturação das AIS tornava possível o salto qualitativo para um novo modelo, que incluiria a unificação dos serviços no âmbito do estado e do município. Esse processo, ou seja, de mais estadualização ou mais municipalização, dependeria das singularidades de cada estado. A estratégia para a unificação, naquele momento, era descentralizar a gestão dos serviços: a unificação descentralizada teria por base a gestão única nas secretarias estaduais e municipais (Cordeiro, 1987:6)⁹⁸.

⁹⁶ Nesse período também foi ampliada, em junho de 1986, a assistência médica aos trabalhadores, bem como a adoção de um novo "contrato padrão", em dezembro de 1986, entre o INAMPS e a rede privada contratada, que permitia um maior controle dos serviços comprados cf. Junqueira e Inojosa. 1987:11.

⁹⁷ MPAS/INAMPS. Exposição de Motivos dos Ministros da Saúde e Previdência e Assistência Social do Decreto nº. 94 657, de 20/07/87, de criação dos SUDS.

⁹⁸ A transição do modelo vigente para o novo seria feita pela co-gestão que significava a montagem de um orçamento em que se definiam as várias fontes de financiamento (União, Estado e Município) que poderia superar os entraves aos repasses de recursos para as prefeituras. Cf. CORDEIRO, 1987, op.cit. 5.

Os Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social buscaram formalizar um compromisso político dos secretários estaduais de saúde para garantir a implantação da reforma⁹⁹.

Com a posse dos novos governadores, em março de 1987, iniciou-se um novo relacionamento com os estados. O INAMPS começou, de fato, a descentralizar competências para o nível estadual, transferindo para o comando dos estados as unidades de prestação de serviços do Instituto (postos de atendimento médico – PAM e hospitais), bem como parte da compra de serviços do setor privado. Estava iniciado o processo de desmonte do INAMPS como prestador de serviços.

O Termo de Compromisso Interinstitucional celebrado entre o INAMPS e os estados reconhecia ser o setor público o responsável primeiro pela atenção à saúde e apontava a necessidade de transformar a política de saúde do setor, a fim de superar as dificuldades que se acumulavam. Nessa mesma direção, estabelecia as bases institucionais e operacionais do sistema, que posteriormente foi regulamentada¹⁰⁰.

Para formalizar esse processo, em julho de 1987, foi criado por Decreto do Presidente da República o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS¹⁰¹.

As diretrizes que informaram a implantação do SUDS: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação e descentralização¹⁰², já contidas nas AIS, foram reiteradas. Eram princípios colocados pela Reforma Sanitária.

A municipalização da rede básica, como uma estratégia de descentralização do sistema, ficou na dependência da capacidade técnico-gerencial dos municípios, já prevendo que estes, para fazer frente às suas demandas, poderiam agregar-se em consórcios, de modo a viabilizar a atenção de maior complexidade, implementando o sistema de referência e contra-referência.

Com essa proposta, cabia ao INAMPS o papel de acompanhar e avaliar a execução físico-financeira dos planos de saúde e participar da formulação da política nacional de saúde e da elaboração de normas, através da CIPLAN, colegiado de nível

⁹⁹ O Estado de S. Paulo, 12/03/1987, e Folha de S. Paulo, 23/03/1987.

¹⁰⁰ Este Termo de Compromisso foi assinado pelo governo do Estado de São Paulo, 21/05/95.

¹⁰¹ Presidência da República. Decreto nº. 94 657, de 20 de julho de 1987.

¹⁰² Essa afirmação aparece no Despacho Federal de 10/07/1987, quando os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social informavam à Presidência da República a premência da reformulação do Sistema Nacional de Saúde através da implantação do SUDS (anexas foram discriminadas as competências da União, dos Estados, dos Municípios e dos Conselhos de Representação Interinstitucionais).

federal. No âmbito estadual, a instância colegiada correspondente a CIS participaria da formulação da POI¹⁰³.

Apesar da desestabilização do INAMPS com a transferência de suas competências de prestador, o instituto permaneceu com importante poder discricionário, podendo "eventualmente afetar o grau de autonomia dos níveis estadual e municipal.(...) no entanto, esse poder é relativizado, por um lado, pelo papel exercido pelas instâncias colegiadas (...) por outro, pela existência do processo de programação e orçamentação integradas" (FUNDAP, 1988:13).

As Superintendências Regionais do Instituto tiveram suas funções transferidas para as secretarias de estado da saúde, as quais, junto às secretarias municipais de saúde, poderiam passar a exercer papel decisivo e de comando na nova política nacional de saúde (FUNDAP, 1992:33). Isto significava que secretarias da saúde que até então lidavam com as ações preventivas incorporariam a assistência médica e os recursos dela advindos. Com isso elas poderiam passar não só a desempenhar novas funções, mas também a desfrutar de novo prestígio no âmbito do governo estadual.

Do ponto de vista da prestação de serviços à população, o Programa SUDS pretendeu integrar, em uma rede assistencial unificada, não apenas os serviços de assistência médica de caráter curativo, realizados pela rede própria e contratada do INAMPS, mas também os serviços prestados pela rede pública através dos centros e postos de saúde das secretarias estaduais e municipais. O objetivo era a organização de uma rede de serviços universalizada, hierarquizada, integrada, descentralizada, para oferecer uma atenção integral.

Nessa concepção, a atenção primária ficaria sob a responsabilidade das prefeituras, que gerenciariam o atendimento básico, e os serviços de níveis secundário e terciário, sob a responsabilidade dos estados. Com isso se acelerava a transformação do INAMPS, instituição criada para gerenciar o modelo médico-privatista, e a sua retirada da prestação de serviços.

Assim, o SUDS redefinia o papel das instituições públicas de saúde e procurava unificar a gestão dos recursos físicos e financeiros no âmbito dos estados e municípios. Para isso era preciso, ainda, identificar mecanismos que permitissem compatibilizar essa relação na política de recursos humanos e de salários, na gestão dos insumos básicos em saúde e nos investimentos. Era necessário delinear instrumentos únicos que permitissem operacionalizar os sistemas administrativos.

A estratégia de implantação do SUDS apoiou-se em mecanismos de articulação interinstitucional, os colegiados ¹⁰⁴, e em compromissos mútuos explicitados nos

¹⁰³ MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/INAMPS. Exposição de Motivos dos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social ao Projeto de Decreto de criação do SUDS, 13/07/87, publicado no Diário Oficial de 21/07/87, o Decreto do Presidente No. 94 657, que criou o SUDS foi publicado em 20/07/87.

¹⁰⁴ Para a gestão colegiada interinstitucional foram criadas, já nas AIS, as Comissões Interinstitucionais de Saúde: Comissão Interinstitucional de Planejamento – CIPLAN, ao nível do governo federal,;

convênios entre o nível federal e os governos estaduais, com possibilidade de adesão dos governos municipais.

Tratava-se de um processo gradativo de passagem da administração das unidades assistenciais próprias do INAMPS e dos contratos de prestação de serviços para a gerência dos estados e mesmo dos municípios, em um movimento de transferência das competências do INAMPS para os estados e destes para os municípios.

Cada convênio firmado adaptava-se à realidade política, organizacional e epidemiológica de cada estado. Assim, itens que eram comuns a todos recebiam tratamento diferente, o que podia estar refletindo negociações políticas de compromissos assumidos. Isso ocorria tanto com os recursos humanos, como com os bens patrimoniais e com os credenciamentos e convênios¹⁰⁵.

A implantação dos Sistemas não se deu da mesma maneira em todo o país. Além das diferenças entre os convênios, as secretarias de estado da saúde não assumiram ao mesmo tempo e nem da mesma forma o papel que lhes cabia de acordo com os convênios celebrados com a União.

Esse movimento, feito à base do instrumento convenial, não pode ser caracterizado como de descentralização, pois de fato não houve autonomia de estados e municípios na gestão do sistema de saúde, no que se refere às competências transferidas do INAMPS. Por isso, pode-se denominá-lo, mais adequadamente, de desconcentração.

Contudo, esse processo de desconcentração foi instalado, objetivando fortalecer o setor público, fragilizar o INAMPS, "através da ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico" (Mendes, 1993:44).

5.1.1. Resistências e singularidades do processo de implantação

Como todo processo de mudança institucional, também este teve resistências. Os próprios objetivos do SUDS, que passavam por fragilizar o setor privado, fortalecer o setor público e deslocar o poder, revelam a origem das resistências.

O INAMPS dispunha de uma grande rede de serviços com braços em todo o território nacional. Com forte espírito de corpo, essa rede desconcentrada possuía 128.860 funcionários¹⁰⁶, espalhados pelo território nacional. Era uma instituição

Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, ao nível de cada estado; Comissão Regional Interinstitucional de Saúde -CRIS, ao nível de região; Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS, no município e, ainda, Comissão Local Interinstitucional de Saúde – CLIS, que corresponderia à abrangência de um distrito sanitário.

¹⁰⁵ O estudo da FUNDAÇÃO. Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde, São Paulo, DT/24, 1988, faz uma sistematização de convênios celebrados entre os estados e o MPAS, identificando as diferenças.

¹⁰⁶ Jornal do Brasil, 30 de junho de 1989.

autárquica, mas com um elevado grau de burocratização; não no sentido pejorativo, mas sim por dispor de sistemas centralizados de normalização, que regulavam as atividades de suas unidades técnicas e administrativas a nível nacional.

Desmontar esse aparato do tamanho e da complexidade do INAMPS significou contrariar muitos interesses, tanto internos como externos à organização. Os interesses privados perpassavam as diversas instâncias, com alianças com burocratas instalados não apenas no nível central, mas em toda a instituição. Assim, as resistências apareceram em todos os estados da federação.

A polêmica que se instalou transparece quando se observam as discussões que aparecem na imprensa em torno do relacionamento entre o setor público e o privado. Elas passavam insistentemente pelos atrasos e pelos valores dos pagamentos dos serviços prestados e esse atraso era atribuído à má definição das prioridades de destinação dos recursos na implantação do SUDS. O presidente do Sindicato dos Hospitais Privados apontava que, mesmo com a desestruturação do INAMPS, o novo sistema não foi capaz de definir responsabilidades para si e para o órgão federal, gerando falta de clareza quanto à divisão de funções e quanto aos comandos¹⁰⁷.

A crise financeira dos hospitais privados estava se agravando devido aos atrasos do IAPAS. A proposta feita pelo presidente do Sindicato dos Hospitais Privados era de uma administração participativa do sistema de saúde, aberta para a fiscalização da sociedade civil, através de um colegiado que contasse com representantes de todas as categorias interessadas¹⁰⁸. Pode-se supor que tal instância suprimiria as atividades das comissões então vigentes, as quais, ao que tudo indica, não contemplavam as reivindicações do setor privado contratado.

Na polêmica entre o poder público e os prestadores privados, alguns órgãos da imprensa se manifestavam explicitamente a favor de um dos lados. As reivindicações dos hospitais eram, freqüentemente, colocadas como justas e reforçadas com a opinião de usuários¹⁰⁹.

Portanto, a resistência ao SUDS deu-se no âmbito do aparato burocrático, que reagia ante a possibilidade de sua extinção e, também, no setor privado que atribuía o acirramento da crise dos hospitais à implantação do SUDS. A mudança que visualizavam com a discussão na Constituinte não lhes era favorável. No âmbito da Constituinte a

¹⁰⁷ Manifestações de Chafic Farhat, presidente do Sindicato dos Hospitais Privados, *Jornal da Tarde*, 21/10/1988.

¹⁰⁸ *O Estado de São Paulo*, 22/10/1988.

¹⁰⁹ Uma matéria do jornal "O Estado de S. Paulo", em 20/10/88, dizia que a reação dos segurados do INAMPS era favorável aos hospitais, ao contrário do que ocorria quando paralisações eram feitas pelo funcionalismo público. A maioria dos segurados, de acordo com essa matéria, preferiria aguardar a volta dos serviços dos hospitais particulares a procurar os hospitais e postos de saúde da rede pública. Essa situação também era atribuída à implantação apressada do SUDS, às tentativas de estatização do setor saúde e às gestões peemedebistas da Previdência Social. Com relação a esse último ponto, argumentava que os gestores estavam fazendo uso político dos recursos porque, diante de paralisações, a Previdência realizou o imediato pagamento dos atrasados, logo após alegar rombo em suas contas.

oposição à proposta da Reforma Sanitária foi canalizada através do bloco de parlamentares que se denominou de Centrão.

Quando a crise econômica aprofundou-se com o fracasso do Plano Cruzado, as forças conservadoras se rearticularam, no Congresso Constituinte e na própria burocracia previdenciária, e conseguiram alterar o quadro dirigente do MPAS e, posteriormente, do INAMPS (Mendes, 1993:45).

Decorridos nove meses desde o início do processo de institucionalização do SUDS, em julho de 1987, os dirigentes que o haviam concebido já não estavam em seus cargos, dando início a um outro movimento, o da contra-reforma.

Entretanto, o SUDS causou, em um curto espaço de tempo, significativos impactos na realidade do setor saúde do país. Isso só foi possível porque a conjuntura inicialmente foi favorável e houve dirigentes comprometidos com o ideário da Reforma Sanitária. Os governadores eleitos e seus secretários da saúde favoreceram esse movimento porque, como se viu, a resistência veio de vários setores.

Os estados, além de terem alteradas suas competências na saúde, incorporando a assistência médica, haviam passado a receber recursos financeiros, para cobrir os gastos com as ações transferidas que, em muitos casos, equivaliam ao montante de que dispunham, quando não o dobro, para realizar todas as atividades da Secretaria. Essa situação fez com que as secretarias da saúde introduzissem mudanças no seu aparato burocrático e na organização dos seus serviços, buscando adequá-los a um novo modelo assistencial.

O Programa SUDS abriu a possibilidade dos governos estaduais assumirem um papel central na gestão da saúde, apesar dos percalços que a forma de financiamento continuaria a ocasionar.

Essa possibilidade não foi apreendida da mesma maneira e no mesmo tempo por todos os estados brasileiros. Nem todas as secretarias da saúde conseguiram dar respostas ágeis às novas demandas que a conjuntura lhes impunha¹¹⁰.

Embora os Convênios assinados por São Paulo, Ceará e Alagoas, por exemplo, fossem semelhantes e os respectivos Secretários também tivessem assumido a Superintendência Regional, não houve mudanças da mesma ordem nesses estados.

No Ceará, a fusão não chegou a se realizar. O Secretário dava dois expedientes, um na Secretaria da Saúde e outro na Superintendência do INAMPS. Os grupos de trabalho de fato não foram operacionalizados e até a utilização do espaço físico do prédio do INAMPS pela Secretaria era dificultada pelos servidores da Superintendência. Não houve integração dos sistemas, nem mesmo da prestação de serviços. Além disso o

¹¹⁰. O CONASS promoveu, em 1989, com a assessoria da FUNDAP, uma avaliação da implantação do SUDS nos estados da federação, realizada em 5 Encontros Regionais, em que cada estado apresentou um relatório de situação. O Relatório Final do projeto revela as inúmeras diferenças de ritmo e de direção que o processo SUDS tinha naquele momento nos estados.

estado não dispunha de um fundo de saúde. A resistência do INAMPS era forte e prolongou-se porque não houve uma estratégia de incorporação no momento oportuno.

Em Alagoas, a situação foi similar de acordo com relatório da própria Secretaria¹¹¹. Apesar do Secretário ter acumulado a Superintendência do INAMPS com a Secretaria, as estruturas não foram unificadas. O INAMPS continuou cuidando das questões referentes aos convênios e contratos e a Secretaria com a "rede própria foi unificada no modelo prestador de assistência à saúde, apesar das resistências dos funcionários"(Secretaria da Saúde e Serviço Social do Estado de Alagoas, 1989). Além disso, ainda segundo relatório, as Regionais estavam fragilizadas por um movimento de centralização e pelo inchaço do nível central.

Em São Paulo, o Secretário agiu através da CIS, trabalhando com o SUDS como um novo ente organizacional.

Essa singularidade da resposta ao SUDS é que será objeto do próximo item, onde se analisa como o Estado de São Paulo, através da sua Secretaria da Saúde, adequou-se a esse novo momento da história da saúde do país e quais os fatores de sua resposta diferenciada.

5.2. A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO – SUDS-SP

A implantação do SUDS no Estado de São Paulo iniciou-se com a assinatura, em 21 de maio de 1987, de um Termo de Compromisso Interinstitucional, celebrado entre o MPAS/INAMPS e o Estado de São Paulo com interveniência do Ministério da Saúde. Nesse documento foram estabelecidas as diretrizes e bases para implantação do SUDS.

As diretrizes eram as do movimento da Reforma Sanitária: universalidade, integralidade, regionalização, hierarquização, participação e descentralização.

As bases institucionais compreendiam: a municipalização da rede básica; a definição de uma política hospitalar; e a organização e implementação de estrutura programática comum de atividades afins. A proposta de municipalização, além de prever a execução pelo município dos serviços básicos de saúde, incentivava a criação de consórcios intermunicipais, como um meio de racionalizar a prestação de serviços e o estabelecimento do processo de referência e contra-referência.

Além disso, previa as bases operacionais, que se traduziam na organização de vários sistemas integrados: o de planejamento, o de gestão financeira, o de gestão e

¹¹¹ Esse Relatório Avaliação do SUDS no Estado de Alagoas foi produzido por ocasião de um projeto de assessoria da FUNDAP ao CONASS, em 1989, para avaliação do SUDS nos Estados. Do Ceará aprofunda a questão da descentralização e municipalização que passa por uma etapa bem vigorosa mas sem integração das instituições federais INAMPS, SUCAM e FSESP. Cf. FUNDAP, Encontros Regionais de Avaliação do SUDS, Relatório Final, vol. 1, p.116-123.

desenvolvimento de recursos humanos, o de informações em saúde e o de insumos básicos em saúde.

O Termo de Compromisso definia que a Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS/SP seria o órgão decisório do SUDS, demonstrando a preocupação de integrar Secretaria da Saúde e INAMPS.

Portanto, o documento assinado em maio de 87, dois meses antes do Decreto do SUDS, continha as diretrizes e as bases institucionais e operacionais de implantação do Programa em São Paulo.

A partir desse momento, o então Secretário de Estado da Saúde, José Aristodemo Pinotti, como presidente da CIS e através de Resoluções, começou a estabelecer medidas que viabilizassem a assunção das funções repassadas pelo INAMPS.

Em 22 de junho de 1987 foi assinado o Convênio SUDS-SP¹¹², que tinha como objeto a execução, pelo Estado, dos serviços de saúde a cargo do INAMPS em São Paulo. A integração dos serviços gerenciados pelo INAMPS, pela Secretaria de Estado da Saúde – SES e pelos municípios, no SUDS-SP, deveria ocorrer de acordo com as diretrizes e as bases definidas no Termo de Compromisso, que era a sua referência básica.

O interessante nesse processo é que o SUDS resultava da integração de instituições transformadas, mas, de fato, aparecia como um outro ator no cenário do setor saúde. Às vezes, como um novo ente com o qual se estabelecia parceria ou negociação, outras vezes, denominando partes da estrutura organizacional e até mesmo reificado, como uma gratificação salarial.

No Convênio SUDS-SP, em que se explicitam as obrigações comuns dos partícipes (cláusula segunda), é ressaltada a reiteração da autonomia da CIS-SP: "garantir à CIS-SP autonomia, apoio institucional e os meios necessários ao cumprimento de suas decisões". Ademais era da competência dessa instância colegiada aprovar a estrutura programática das atividades-fim propostas pela SES.

Pelo Convênio foi transferido, para o âmbito do SUDS-SP, com a participação da CIS e das CIMS, o gerenciamento dos convênios, contratos e credenciamentos, atuais e futuros, que o INAMPS mantinha com a rede privada, filantrópica ou lucrativa, com as fundações e os hospitais universitários. Foi definido também que todas as atividades e projetos do SUDS-SP seriam programados, orçamentados e executados, a partir de 1988, exclusivamente através da Programação e Orçamentação Integradas – POI. E a execução orçamentária decorrente da POI seria coordenada e controlada pela CIS e

¹¹² Convênio SUDS-SP celebrado, em 22/6/87, entre a União, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, com a participação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, de um lado, e o Estado de São Paulo, com a participação da Secretaria de Estado da Saúde – SES de outro, com a interveniência do Ministério da Saúde – MS e do Ministério da Educação – MEC, visando efetivar a implantação do SUDS-SP, previsto no Compromisso Interinstitucional de 21/5/87.

CIMS, através de mecanismos existentes e órgãos específicos setoriais em nível federal, estadual e municipal.

Assim, a gestão do SUDS ficou definida como de competência dos órgãos colegiados CIS e CIMS, incluindo a incorporação dos serviços de saúde do INAMPS à rede estadual ou municipal. Além da gestão do SUDS, no âmbito do Estado de São Paulo, os órgãos colegiados deviam responder pelo controle e avaliação do SUDS em seus respectivos níveis, no tocante à qualidade da assistência, impacto, extensão da cobertura, participação da população e grau de integração político-administrativa dos serviços.

A criação do SUDS como uma nova instituição ficou consolidada nesse Convênio SUDS-SP, na sua cláusula décima, que estabeleceu que as partes, para "garantir coerência, eficiência, eficácia e efetividade ao processo de implantação do SUDS no Estado de São Paulo", concordavam em transferir todas as atribuições e prerrogativas da Superintendência do INAMPS para o Presidente da CIS-SP. Com isso foram delegadas ao Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, presidente da CIS-SP, atribuições para operar modificações organizacionais, técnicas e administrativas necessárias à implantação do SUDS-SP, introduzindo coordenações setoriais¹¹³.

A discussão que se segue procura dar conta das estratégias de implantação do SUDS/SP, sua gestão e os fatores facilitadores e restritivos a esse processo.

5.2.1 A Estratégia de Implantação do SUDS em São Paulo

As competências atribuídas pelo Secretário de Estado da Saúde, como presidente da CIS, permitiram que rapidamente fossem tomadas medidas que agilizassem o processo de implantação do SUDS. Inclusive o Secretário, em uma reunião de pesquisa, reconheceu que a base estratégica da implantação do SUDS-SP foi a rapidez: em três meses o INAMPS foi desmontado e ele deixou de ser Superintendente¹¹⁴.

Através de Resoluções CIS-SP, o Presidente da CIS constituiu, de junho a agosto de 1987, uma série de grupos de trabalho interinstitucionais – GTI, que criavam mecanismos de gestão integrados¹¹⁵.

¹¹³ As coordenações setoriais correspondem às áreas de: contratos e credenciamentos, unidades públicas, convênios com municípios, entidades filantrópicas, hospitais universitários, planejamento, orçamento e finanças, recursos humanos, programas prioritários, suporte diagnóstico e terapêutico, insumos básicos, informações em saúde, administração e controle. Essas áreas de atividades haviam sido definidas no Compromisso Interinstitucional de 21/05/87.

¹¹⁴ Reunião com o ex-Secretário, José Aristodemo Pinotti, Pesquisa sobre Avaliação da Implantação do SUDS-SP, FUNDAP, 1991.

¹¹⁵ Essas Resoluções, com a criação dos respectivos grupos de trabalho, encontram-se levantadas em Junqueira e Inojosa, 1990:16-18 e no Relatório de Pesquisa :FUNDAP. Avaliação do SUDS/SP: Abordagem Legislativa(Versão Preliminar), julho de 1991.

A criação do SUDS significava uma transição porque, de fato, quem deveria assumir a gestão do setor no âmbito do estado era a Secretaria da Saúde.

O ritmo diferenciado na implantação do SUDS em São Paulo, pode-se atribuir a três fatores ¹¹⁶:

- existência dos ERSA, ou seja, a estrutura regionalizada da Secretaria de Estado da Saúde com a reforma de 1986;
- utilização, pela CIS, de novos arranjos organizacionais para assumir as funções repassadas pelo INAMPS, grupos de trabalho e comissões, com a atribuição de formular e implementar propostas integradas;
- forma como o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo apropriou a oportunidade de atuar como gestor do SUDS em São Paulo, através da presidência da CIS.

5.2.2. Os ERSA na Implantação do SUDS-SP

A reorganização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no período de 1986 a 1987 foi um fator de facilitação para a implantação do SUDS-SP, especialmente com a criação dos Escritórios Regionais de Saúde.

A organização da SES, que partira de uma nova concepção de modelo assistencial, já privilegiava a descentralização, a regionalização, a integração e a horizontalização de sua organização.

Como já se discutiu, o próprio processo que deu origem a essa nova estrutura havia partido do nível onde se dava a prestação de serviços, tomando como pressuposto que a descentralização poderia garantir uma melhor qualidade da atenção à saúde.

Com os ERSA promoveu-se, inclusive, o crescimento da quantidade de serviços públicos prestados. No entanto, isso não se deu da mesma maneira em todo o Estado. Houve diferenças em função dos recursos e da qualidade do nível gerencial. Esse comportamento desigual teve consequências nas transformações que ocorreriam com a implantação dos SUDS Regionais – SUDS-R.

Os ERSA foram concebidos como unidades gerenciadoras de serviços, tendo sob sua responsabilidade unidades de saúde. Mas, com o SUDS, o Estado passou a ter o controle da compra de serviços do setor privado complementar e, portanto, da rede.

Nesse momento, apesar de já estar presente a concepção da municipalização, foi privilegiada ainda uma Secretaria de Estado prestadora de serviços de saúde, agora com maior capacidade de planejamento e gestão da oferta de serviços.

¹¹⁶ Na análise deste item e do seguinte serão utilizadas entrevistas e notas de reuniões realizadas com o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, José Aristodemo Pinotti, gestão 87-91.

Entretanto, a Secretaria, enquanto instituição, ainda não havia vivenciado de forma abrangente a incorporação da assistência médica nos seus serviços ambulatoriais, movimento iniciado pelas AIS.

A estrutura desconcentrada e regionalizada da Secretaria permitiu que ela assumisse as competências do INAMPS, distribuídas pelo Estado de São Paulo, realizadas pelos Serviços de Medicina Social, em torno de sessenta e sete.

Para proceder a integração INAMPS/SES, no nível regional, estabeleceu-se uma compatibilização entre as áreas de abrangência dos sessenta e dois ERSA e aquelas dos Serviços de Medicina Social, da Superintendência Regional do INAMPS. Esse processo teve início em junho de 1987, com a publicação da Resolução CIS nº 39, que determinou a "integração funcional" dos serviços de medicina social (SMS) do INAMPS aos ERSA.

Em agosto foi publicada outra resolução CIS-SP, mais abrangente que a anterior, que transformava os ERSA em SUDS-Regionais (SUDS-R) e regulamentava organização regional dos serviços de assistência à saúde do SUDS/SP. Com isso, ficou estabelecida para os SUDS-R a mesma configuração geopolítica e administrativa dos ERSA¹¹⁷.

Além da compatibilização de áreas de abrangência, foi definido que, quando existisse mais de um Serviço de Medicina Social – SMS em uma dada Região SUDS/SP, suas atividades seriam incorporadas ao SMS do município-sede da respectiva região. E, quando não existisse SMS na região (o caso de três municípios), as atividades de competência da SMS seriam realizadas pelo respectivo ERSA.

A mudança de denominação dos ERSA para SUDS-R não é irrelevante. Ela sinaliza a incorporação dos Escritórios Regionais, ou seja, da estrutura regionalizada da SES ao novo ente organizacional – o SUDS/SP, dirigido através da CIS.

O Diretor do ERSA passou a ser o Diretor da Região SUDS/SP, "na qualidade de coordenador da Comissão Interinstitucional Regional de Saúde – CRIS".

Nesse mesmo período foram definidas as atribuições das Regiões SUDS/SP, explicitando aquelas que foram incorporadas do INAMPS¹¹⁸, especialmente as relacionadas ao controle das AIH (Autorizações de Internação Hospitalar) e SADT (Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico), que eram executadas pela Divisão Local

¹¹⁷ Resolução CIS-SP No. 57, 28/08/87.

¹¹⁸ Definiam-se os tetos e a distribuição dos encaminhamentos e autorizações de serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT), de autorização de internação hospitalar (AIH) e de serviços ambulatoriais gerais e especializados, segundo região e unidade prestadora. Definia-se também que os tetos deveriam seguir os parâmetros oficiais de cobertura e concentração, bem como padrões de resolutividade, na seguinte ordem de prioridade: serviços próprios governamentais, de ensino, filantrópicos, privados contratados e credenciados; realização de supervisão e auditoria nas unidades do sistema (incluindo os serviços próprios governamentais, de ensino, filantrópicos e privados contratados), bem como aplicação de medidas cabíveis de disciplina administrativa, tendo como instância de recurso o Gabinete da Superintendência Regional do INAMPS.

de Medicina Social – DLMS, do INAMPS/SP. No entanto, para a realização de tais tarefas deveriam ser remanejados técnicos da DMLS, pois essas atividades ainda não eram do conhecimento dos ERSA.

Outras medidas se sucederam, no sentido de aperfeiçoar a gestão integrada e a transferência das competências das Unidades locais do INAMPS. No geral, a resposta local a essas decisões variou em função das condições de cada Escritório Regional.

Em janeiro de 1988, os SUDS-R passaram não apenas a coordenar a execução das ações do SUDS/SP¹¹⁹, como a elaborar programação orçamentária integrada (POI), que pretendia ser um mecanismo de integração do âmbito local com o estadual.

Logo em seguida, em março de 1988, as unidades do INAMPS, localizadas nas áreas de abrangência dos Escritórios Regionais passaram a subordinar-se a eles e, conseqüentemente, a responder aos seus respectivos diretores. Disso decorria a competência de poder remanejar os recursos humanos entre os vários serviços da região¹²⁰. Além disso, a mesma resolução determinava que os SUDS-R deveriam assumir as atividades administrativas e técnicas da compra de serviços e avaliação e controle, existentes nos SMS do interior e nos PAM (Postos de Assistência Médica) do Município de São Paulo.

A incorporação dessas novas funções aos Escritórios Regionais foram reiteradas por várias resoluções. Resolução de dezembro de 88 transferiu todas as atribuições dos Serviços de Medicina Social para o SUDS-SP, inclusive para adotar procedimentos de gerência, controle e avaliação das internações, com orientação da Unidade de Avaliação e Controle (UAC-SUDS/SP), da Assessoria Hospitalar e das Coordenadorias Regionais de Saúde-CRS¹²¹. No ano seguinte, foi novamente reforçada¹²².

Onde não havia área de atrito com o INAMPS, segundo um diretor de Escritório Regional, a dinâmica do trabalho não sofreu alterações. Ao contrário, permitiu que o nível regional realizasse o controle dos contratados, promovendo uma mudança rápida do papel do ERSA, como SUDS-R que, com isso, ganhava a possibilidade de gerir a oferta de serviços em seu âmbito e não apenas a rede pública própria. Segundo uma diretora de Escritório Regional: "foi ótimo controlar os contratados, foi feita avaliação e controle com instrumentos criados localmente a partir das normas definidas pelo Estado"(Cardoso, 1992)¹²³.

¹¹⁹ Resolução CIS No. 3, de janeiro 1988

¹²⁰ Resolução CIS nº 12, de março de 1988.

¹²¹ Resolução SES nº 221 de 29/12/1988.

¹²² Deliberação CIS nº 54 de 14/06/1989.

¹²³ O discurso dos diretores regionais da gestão Pinotti resultou de uma reunião de pesquisa; foram individualizadas falas de Maria Rosa L. Cardoso, Paulo Puccini e Maria Tereza Freire, março de 1992.

Esse movimento interativo não ocorreu em todos os Escritórios Regionais. A transição não foi sempre tranquila. Em alguns deles, a oposição das estruturas do INAMPS foi maior. No início, como disse Puccini (1992), houve um trabalho conjunto, mas logo tornou-se inviável pelas resistências do pessoal. Em alguns casos permaneceu uma duplicidade de mando, com os funcionários do INAMPS não reconhecendo a legalidade das decisões da CIS.

Esse processo ocorreu de maneira diferente também por acordos entre a direção dos Escritórios Regionais e os funcionários do INAMPS local. Até 1990 ainda se encontravam SUDS-R que continuavam a depender das antigas unidades do INAMPS para realizar as atividades que haviam passado a ser da sua atribuição. Isso ocorreu, segundo Salomão (1990), porque o Escritório Regional não estava preparado para a tarefa e, em alguns casos, "porque preferiu entrar em acordo e manteve as duas estruturas".

Aqui se observa a relativa independência da máquina do estado, que nem sempre transforma em ações as diretrizes recebidas do nível central, quer por falta de condições práticas, quer por divergência ideológica ou, ainda, em função da limitada participação no processo por parte das pessoas que deveriam implementá-lo. O SUDS-R nem sempre se comportou como uma parte desse novo ente organizacional dirigido pela CIS, o SUDS/SP.

A diversidade de situações dificultava o esforço conjunto de formulação de alternativas. Muitas das dificuldades ocorreram em função das resistências colocadas por uma máquina burocrática em extinção – o INAMPS, aliada aos interesses de um modelo que o SUDS procurava romper. Isso ocasionou um baixo aproveitamento, em alguns ERSA, de instrumentos de gerência já desenvolvidos pelo INAMPS como, por exemplo, de controle e avaliação, cujo uso nem sempre fazia jus a seu potencial.

O SUDS trouxe para a estrutura regionalizada (ERSA) uma realidade com a qual ela não tinha nenhuma familiaridade. Esse nível gerencial, que pela reforma tinha teoricamente a competência de gerenciar a prestação dos serviços de saúde na perspectiva de um modelo assistencial que contemplava a integralidade, a regionalização, a hierarquização e a descentralização, de fato, até então, continuava gerenciando centros de saúde e algum laboratório.

Mas a reforma de 86 conferiu um poder de gestão ao ERSA e havia preparado a Secretaria da Saúde, desconcentrando-a para a gerência de um novo modelo que, se ainda não era concreto, era uma possibilidade da qual o SUDS se aproximou. Como diz Salomão (1990) "a reforma foi prevista para os ERSA terem uma determinada competência de gerência, mas em uma fase em não existia SUDS. (...) não tinham de fato o que gerenciar, só gerenciavam Centro de Saúde.(...) Quando veio o convênio com o INAMPS, começamos a gerenciar serviços".

A diversidade de soluções encontradas pelas estruturas regionais e a própria eficácia da mudança passou pelas alianças e pelas negociações realizadas no âmbito dos

municípios. Nesse sentido, escritórios regionais de saúde do interior e da Grande São Paulo conseguiram ter Prefeitos como aliados, o que contribuiu, em alguns casos, para o esvaziamento dos SMS. Isso ocorreu porque ao invés de recorrer ao agente local do Serviço de Medicina Social do INAMPS para encaminhar suas demandas de assistência médica, os Prefeitos passaram a dirigir-se ao Escritório Regional.

Um dos pontos-chaves do trabalho dos Escritórios Regionais foi a redefinição do atendimento ambulatorial que passou pela incorporação dos municípios na atenção primária. Na visão de alguns dirigentes regionais, esse processo foi conduzido muito rapidamente e sem contemplar as necessidades locais. Essa redefinição, através do controle ou diminuição da compra de serviços do setor privado e da ampliação da prestação de serviços pelo setor público, produziu uma economia de recursos. Entretanto essa economia não foi capitalizada pelo Estado, permanecendo no nível federal, sem possibilitar a realocação dos recursos para atender necessidades que continuavam sem cobertura.

Outro papel essencial desempenhado pelos Escritórios Regionais ocorreu no controle da prestação de serviços comprados do setor privado, com a fiscalização intensa das internações e da produção ambulatorial. O êxito desse movimento não poderia ser assegurado pelo nível central da Secretaria.

Desde a sua concepção os ERSAs possuíam autonomia para executar e negociar no seu nível, com diretrizes definidas no nível central. Na visão de alguns diretores, foi essa autonomia e a agilidade da regional que deu suporte para que a implantação dos SUDS-SP pudesse se dar em um ritmo mais acelerado.

Do nível central vinham pacotes de medidas que muitas vezes não respondiam às necessidades locais. Os Escritórios Regionais tomavam uma diretriz e tentavam sua operacionalização, depois comunicavam ao nível central, sem esperar o "tempo" dos Grupos de Trabalho Interinstitucional, muitas vezes defasado em relação aos ditames da realidade.

Segundo Salomão (1990)¹²⁴ a gestão Pinotti implementou a reforma de 86 do nível regional para baixo, mas não no nível central da Secretaria. Este nível que a reforma havia procurado enxugar, com Pinotti foi despojado da sua concepção original e inchado com GEPRO e outros órgãos centralizadores de decisões técnicas e administrativas.

Os Escritórios Regionais viam-se na situação de ter de responder mais rapidamente às novas estratégias de mudança. Uma dessas dificuldades, segundo um dirigente, foi a regionalização de serviços. A Secretaria definiu, em dado momento, que todos os PAMs (Posto de Assistência Médica do INAMPS) deveriam ser municipalizados. Alguns Escritórios Regionais reagiram a essa decisão. Discutiram com os respectivos prefeitos a oportunidade de tal medida e concluíram que era importante o

¹²⁴ Entrevista Marta Salomão, março 1990.

atendimento especializado para atender mais de um município. Desse modo, o PAM ficou subordinado ao SUDS-R para atender à Região, estabelecendo-se um sistema de referência e contra-referência importante para a resolutividade da atenção.

Essa apreciação otimista do papel dos Escritórios Regionais na implantação do SUDS, entretanto, não é comum para todo o Estado, nem para todas as questões.

A reorganização das estruturas regionais de gestão, com a horizontalização e absorção da gerência da compra de serviços e a operacionalização do novo modelo assistencial, caminhou lentamente na prestação de serviços.

Na medida em que a municipalização dos serviços públicos avançou, era de se supor uma mudança de papel dos ERSA, que deveriam voltar-se, prioritariamente, para as atividades de planejamento, gerenciamento de equipamentos de referência não municipalizados, repasse de recursos e controle dos serviços contratados, e fazer a ponte entre os municípios e o nível central da SES.

Isso não parece ter acontecido. Os municípios foram expandindo sua oferta de serviços de saúde em uma tentativa de dispor de um sistema local resolutivo, para diminuir a dependência em relação ao Estado. Tal estratégia refletiu-se na expansão dos gastos municipais em saúde. Com esse crescimento ficou aparente a incapacidade das instâncias regionais de oferecer serviços públicos, isto é, realizados diretamente pelo estado, de maior complexidade e de referência. Esses serviços encontravam-se, majoritariamente, nas mãos do setor privado¹²⁵.

Isso não significou que todos os Escritórios Regionais foram incapazes de dar uma resposta às necessidades das Prefeituras, como a leitura de alguns estudos poderia sugerir (NEPP, 1991). Na ótica dos próprios diretores regionais, a amplitude dessa resposta passou pela capacidade gerencial dos vários Escritórios Regionais e da sua iniciativa no gerenciamento da compra de serviços do setor privado.

Como o Estado não dispunha de leitos hospitalares públicos para atender sequer vinte por cento da demanda, a questão ficava afeita à retaguarda das especialidades, variando em função do tamanho dos municípios. Municípios grandes e com muita demanda não poderiam ficar na dependência de um equipamento regional. Entretanto, não era a disponibilidade de equipamento que faria os Escritórios Regionais assumirem o papel de instância regional, mas sim o planejamento das ações de saúde no âmbito da região, a articulação e a coordenação do sistema. A questão não era mais o gerenciamento de um subsistema estatal de saúde, mas de um sistema público, com

¹²⁵ A esse respeito ver UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. NEPP, 1991. Segundo esta análise, a municipalização procurou substituir a instância regional, "interiorizando no nível local o mais alto grau de resolutividade. Isso se dá, não só pelo avanço dos recursos municipais à disposição do gasto em saúde, mas também porque a ausência de hospitais públicos e de ambulatórios de especialidades – no nível estadual – deixou a instância regional 'a descoberto' sendo que precisa comprar serviços para colocar os demais níveis de atendimento à disposição do nível local. Tal fato reforça a relação público/privado como um dos pólos importantes da oferta de serviços, fragilizando a instância regional" (p.11).

prestadores do Estado e prestadores privados contratados e conveniados. Nesse sentido, as filantrópicas desempenhavam um importante papel na resolutividade do sistema.

Não se pode dizer que, com o SUDS, houve uma alteração imediata na prestação, mas é preciso reconhecer que houve uma alteração na correlação de forças, que o modelo não foi mais o mesmo. A prestação de serviços de atenção primária passou a centrar-se no setor público em prejuízo do privado. Esse setor e com ele o INAMPS deixaram de ocupar um lugar central, passando para o controle do setor público, mais especificamente, para o nível regionalizado da Secretaria. A assistência médica passou a ser gerenciada pela SES, em uma estrutura descentralizada e regionalizada.

Mas o conjunto dos Escritórios Regionais não conseguiu constituir-se como uma instância de articulação regional. De acordo com um dirigente da SES "os ERSA e as Macros¹²⁶ eram técnicos demais. Os prefeitos passavam por cima dos ERSA, por isso acabávamos negociando diretamente com os prefeitos"(Tojal, 1992)¹²⁷.

Essas assertivas são reiteradas por Viana (1994:162), que considera que os Escritórios Regionais perderam espaço com o surgimento das prefeituras no cenário político e com a abertura de canais diretos com o poder central da Secretaria de Estado da Saúde. Também essa situação não era vista de maneira homogênea pelos dirigentes regionais, pois alguns deles consideravam que os municípios eram parceiros, também, na relação com o nível central.

Essas contradições ocorriam, inclusive, por divergências entre o grupo de atores que dominava o cenário institucional e os grupos que estavam afastados das decisões, mas que tinham uma história no movimento da reforma em São Paulo e que permaneciam na máquina do Estado.

Uma das questões mais polêmicas era a ênfase do processo SUDS na assistência médica. O modelo-referência, isto é, o modelo da reforma sanitária, preconizava a integralidade da atenção, mas foi, de fato, a assistência médica que polarizou a atuação do processo de implantação do SUDS.

Nesse sentido, percebe-se nesse processo duas preocupações centrais: a da integração do INAMPS à Secretaria e o aprofundamento do processo de municipalização. Ambas vertentes estavam centradas na assistência médica. Para implementá-las na perspectiva da descentralização e da regionalização, os Escritórios Regionais, com sua estrutura regionalizada, foram o *locus* ideal para concretizar essa proposta de gestão.

Além disso o próprio entendimento da municipalização era divergente entre os vários grupos. A municipalização implementada nessa fase era a da gestão da rede pública, com o estado assumindo as funções do INAMPS no que diz respeito à compra

¹²⁶ Refere-se às Coordenadorias de Macro-Região, que, em número de cinco, coordenavam grupos de ERSA.

¹²⁷ Entrevista Maria Lúci Tojal, fevereiro 1992.

de serviços do setor privado. Não era a concepção de constituir o município como gestor único da saúde em seu âmbito.

É interessante recuperar a visão de um dirigente da gestão Yunes que, naquela ocasião, teve posições contrárias ao processo de reforma: "de qualquer forma, a reforma facilitou a implantação do SUDS em São Paulo, porque é o mesmo caminho. Na verdade, a reforma não deu certo na mesma dimensão em que pensávamos, mas deu certo em parte, (...) e caminha no sentido de se chegar ao sistema único. A descentralização é sempre positiva, permite que de fato se tenha bases para a implantação de um sistema como esse. E permite que comece a haver integração entre as pessoas."(Bedin, 1990)¹²⁸

5.2.3. A Gestão do SUDS através da CIS

Neste item o objetivo é recuperar, a partir de atos normativos, entrevistas e noticiário da imprensa, a gestão do SUDS/SP como uma nova instituição do setor saúde em São Paulo, gerenciada através da Comissão Interinstitucional de Saúde, presidida pelo Secretário de Estado, para viabilizar a implantação do convênio SUDS.

O papel atribuído pelo convênio ao Secretário de Estado da Saúde respaldou muitas decisões que não poderiam ser tomadas exclusivamente através da Secretaria de Estado da Saúde.

Por outro lado, observa-se que, na medida em que o convênio e a presidência da CIS permitiram ao Secretário tomar decisões em paralelo à própria organização da Secretaria de Estado da Saúde, o gestor deixou de trabalhar contradições internas que se apresentavam nesse processo de mudança. Isto reduziu o grau de compartilhamento da proposta. Houve um deslocamento de grupos de atores que vinham participando do movimento anterior da Secretaria e que ficaram à margem nesse novo momento.

A análise dos atos normativos promulgados pela CIS-SP permite verificar, inicialmente, o ritmo em que ocorreu a implantação do SUDS-SP, que passou pela criação de uma estrutura paralela às instituições existentes para incorporar as funções transferidas, particularmente, à gestão da compra de serviços.

Após a assinatura do Compromisso Interinstitucional, o Secretário da Saúde deu início, através de resoluções CIS, à constituição dos Grupos de Trabalho Interinstitucionais. Os primeiros GTI criados tinham por objeto tanto funções gerenciais como de operacionalização dos sistemas administrativos, referidos no Compromisso Interinstitucional. Incluíam-se nesse bloco também os GTI de área-fim e o de

¹²⁸ Entrevista com Nelson Bedin, março de 1990.

municipalização da rede básica¹²⁹. Seguiram-se várias outras Resoluções com o objetivo de integrar as áreas da SES e INAMPS¹³⁰.

Uma das Resoluções mais importantes foi a referente ao setor privado e contratado, pois a compra de serviços era a tarefa nuclear do INAMPS. Para que o Estado pudesse inteirar-se da situação, foram suspensos, por noventa dias, a abertura, o andamento e a homologação de processos referentes a ampliação de contratos, cadastramentos e credenciamentos de serviços de saúde. Nesse período, os órgãos colegiados deveriam promover a avaliação dos contratos e convênios em vigor¹³¹.

Uma das repercussões dos processos instalados em decorrência dessa Resolução foi a intervenção em vários hospitais privados que não apresentavam a qualidade necessária no serviço prestado, a fim de garantir a eficiência e regularidade no funcionamento das unidades.

O primeiro descredenciamento de hospitais, após a implantação do SUDS/SP, ocorreu em 23/10/1987, quando foram descredenciados hospitais na Capital e na Grande São Paulo por fraude, irregularidades na contabilidade, cobrança indevida de consultas e instalações inadequadas.

Visando a organizar de forma mais clara as relações entre os setores público e privado, a CIS criou também uma nova sistemática no âmbito do SUDS/SP para o credenciamento e para os contratos e convênios de prestação de serviços com o setor privado, e estabeleceu as atribuições e competências das diferentes instâncias do sistema para aplicação da Resolução¹³².

Com esses procedimentos, logo no início da implantação do novo sistema, o setor público evidenciou sua preocupação no que diz respeito ao uso adequado dos recursos públicos e à melhoria do atendimento e da assistência, fortalecendo, paralelamente, sua imagem perante a opinião pública. Também marcou posição pela instauração de uma outra dinâmica na gestão do setor saúde, o INAMPS deixou de ter o controle dos recursos da saúde, dando lugar a uma outra instituição, que passou a gerenciá-los tendo como referência um novo modelo de saúde.

No ano de 1987, no bojo da regulamentação das competências das Regiões SUDS/SP, foram especificadas as primeiras medidas de organização dos serviços, visando alterar a forma de funcionamento da rede ambulatorial e impactar a qualidade dos serviços prestados nesse nível. Foi a definição de uma nova maneira de organizar os

¹²⁹ Resolução CIS-SP No. 31/87 de 11 de junho de 1987.

¹³⁰ Outra Resolução CIS-SP No. 34/87 também de 11/6/87, definia um modelo básico de convênio, com o objetivo de logo integrar os serviços locais de saúde dos municípios e apoiar a municipalização. Outras duas resoluções, n°s.38 e 39, de 30/06/87, referiam-se ao setor privado e à integração dos servidores da medicina social do INAMPS aos ERSAs.

¹³¹ Resolução CIS n° 38, de 30/06/1987.

¹³² Resolução CIS n° 28, de 03 de/06/1988.

serviços de saúde, de um novo modelo de atenção, incorporando a assistência médica no conjunto da rede.

Nesse sentido, a Resolução CIS nº 60/87 determinou que as Regiões SUDS/SP (novo nome do ERSA) elaborassem estudos para ampliar os horários de atendimento dos ambulatorios e para criar serviços de pronto-atendimento. Determinou, ainda, que os serviços próprios governamentais promovessem mecanismos para "ampliação de cobertura, adequação da concentração e aperfeiçoamento da resolutividade da assistência à saúde", através da exigência de cumprimento de horários; da afixação nas unidades, em painel visível, dos nomes, funções, especialidades e horários de trabalho da equipe; e da adoção do agendamento de consultas com hora marcada. Isso não era novidade mas, no contexto de mudança, buscava compromissar os profissionais com o novo momento da saúde.

Embora as medidas indicadas se referissem, especificamente, à rede ambulatorial, sua proposta apontava para a reorganização da forma do atendimento no setor público. A opção pelo Pronto Atendimento definiu um modelo de funcionamento que privilegiava o atendimento à demanda espontânea. No entanto, esse tipo de atendimento veio aliado ao agendamento de consultas, que buscava minimizar o problema das filas, uma das características do atendimento de urgência prestado ou comprado pelo INAMPS e chamado de BAU ¹³³.

A "diminuição do BAU é consequência natural da abertura da porta de entrada da rede pública. Era estratégia para derrubar o BAU e foi usada como marketing político" (Basso, 1992)¹³⁴.

O que ressalta nesse processo inicial de implantação do SUDS/SP é a valorização do setor público no que diz respeito à assistência ambulatorial, com a incorporação da assistência médica à rede e a viabilização do acesso a esse tipo de serviço ao conjunto da população. Aqui a questão central é da socialização da assistência médica, independentemente da sua resolutividade e finalidade.

Sobre esse momento é possível afirmar que houve autonomia de decisões para a implantação do novo modelo de atenção, podendo-se dizer que ocorreu um processo de descentralização, pois a CIS, enquanto instância de nível estadual, definiu estratégias e instrumentos de gestão.

Em 1988, novas medidas foram aprovadas para consolidar a implantação da rede ambulatorial. Nesse caso, o foco de atenção foram os profissionais médicos da rede. Instituiu-se um "dia de atividades hospitalares", no qual o profissional deveria

¹³³ BAU era o nome retirado do registro que se fazia para o pronto atendimento prestado pela rede privada contratada do INAMPS – Boletins de Atendimentos de Urgências – e que se caracterizava pelas filas, pelo volume de consultas e pelo rápido atendimento, que, de modo geral, apenas visava aliviar o sintoma referido pelo usuário.

¹³⁴ Entrevista Caritas Basso, março de 1992.

acompanhar casos atendidos no ambulatório (em especial casos cirúrgicos), visando a sensibilizar para a continuidade do atendimento¹³⁵.

A preocupação da Secretaria de Estado da Saúde em fortalecer a rede ambulatorial do setor público foi reiterada com o Programa de Aprimoramento e Racionalização de Atenção Ambulatorial.

A justificativa da proposta lembrava que, em certo momento histórico, fora veiculada a idéia de que a saúde pública era ineficiente para efetuar consultas simples, devendo reservar-se apenas à prevenção. Essa idéia teria motivado a Previdência Social a passar para a rede privada o atendimento das consultas simples e a rede pública, mesmo dispondo de pessoal e infra-estrutura para tal, acabou ociosa, deixando de ser porta de entrada para o sistema.

Ainda segundo a justificativa, o Programa procurava corrigir o fato da rede privada não atender de forma integral, por não se preocupar com a prevenção e com a resolutividade.

Realizadas na rede pública, as consultas ambulatoriais simples deveriam agregar atendimento curativo e preventivo através de programas, mudando o conceito de atenção primária, de medicina preventiva *stricto sensu* para todas as ações de baixa complexidade, que podem e devem ser resolvidas nos equipamentos básicos.

Do ponto de vista do financiamento da saúde, a transferência das consultas ambulatoriais para o setor público implicava a redução dos custos de atendimento, já que de 20% a 30% da verba do INAMPS estaria sendo gasta no pagamento dos Boletins de Atendimento de Urgência (BAU), emitidos pelo setor privado pela realização desse tipo de consulta. Com isso, a Secretaria previa uma economia anual da ordem de 500 milhões de dólares.

Portanto, dessas medidas depreende-se a preocupação básica da Secretaria de Estado da Saúde, naquele momento, em reorganizar o atendimento ambulatorial, enfatizando a ampliação do acesso aos serviços, bem como da oferta e do grau de cobertura dos mesmos. A elevação da produtividade dos profissionais e a resolutividade já estavam em pauta. Isso ficava aparente com a menção da necessidade de promover o atendimento integral e de diminuir a ociosidade dos serviços públicos de saúde.

Em relação à área hospitalar a política desenvolvida no período de implantação do SUDS/SP pretendeu equacionar uma situação apontada inúmeras vezes como "caótica". Logo após a assinatura do Convênio e apoiada nos seus objetivos e diretrizes, a CIS determinou a realização de auditorias gerenciais nos hospitais do Governo do Estado e do INAMPS, bem como criou e definiu as competências do Grupo de Trabalho Interinstitucional de Política e Gestão Hospitalar – GTI-PH¹³⁶.

¹³⁵ Resolução CIS nº 12, publicada em 05/03/1988.

¹³⁶ As auditorias são determinadas pela Resolução CIS nº 40, de 30/06/1987. Já o GTI-PH é criado e organizado através das Resoluções CIS nº 31 e 44, de junho e agosto de 1987, respectivamente.

Ao GTI-PH foram conferidas as atribuições de identificar, qualificar e estabelecer o zoneamento dos pólos de referência ambulatorial-hospitalar do SUDS/SP, definindo o sistema de referência.

Embora o Grupo já estivesse supondo a organização interinstitucional do setor hospitalar, apenas em abril de 1988 foi determinada a subordinação funcional e transitória dos hospitais próprios do INAMPS, em São Paulo, ao Gabinete do Secretário de Estado da Saúde¹³⁷.

Observe-se que a subordinação dos hospitais foi para o nível central da Secretaria e não para as regionais, como seria compatível com a concepção inicial dos ERSA, que deveriam gerenciar todos os equipamentos em sua área de abrangência.

No mesmo período a Secretaria de Estado da Saúde reorganizou a Comissão de Coordenação dos Recursos Assistenciais de Pronto-Socorro – CRAPS. Essa Comissão ficou vinculada à assessoria para a área hospitalar do Gabinete do Secretário¹³⁸.

As ações programáticas foram consideradas, na Secretaria, como um elemento nuclear para implantação do novo modelo assistencial. Essa opção ficou clara na atenção ambulatorial, dado que nas diretrizes preconizadas para o nível básico se previa, ao lado do atendimento à demanda espontânea, o direcionamento da clientela para ações programáticas, conforme grupo de risco.

Para viabilizar essa estratégia foram criadas Comissões Científicas¹³⁹, nos anos de 1987 a 1989, e ao lado de cada uma dessas comissões, constituiu-se um Grupo Especial de Desenvolvimento de Programas – GEPRO.

Integrados por profissionais da própria SES, os GEPRO¹⁴⁰ seriam responsáveis por revisar, aprimorar e implantar as sugestões dadas pelas Comissões Científicas.

¹³⁷ Resolução CIS nº 22 de 21/04/1988. Também prevê a subordinação ao referido Gabinete dos PAM Maria Zélia e Várzea do Carmo.

¹³⁸ Resolução SES nº 231, de 15/07/1987.

¹³⁹ Apenas a título de exemplos, algumas das Comissões criadas nos anos de 1987 a 1989 foram: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Doenças Crônico-Degenerativas, Nutrição, Saúde do Servidor, Saúde da Pessoa Deficiente, Traumatologia, Hanseníase, Saúde do Adolescente, Controle do Câncer, Controle da Tuberculose, Saúde e Meio Ambiente, Saúde do Idoso, Controle da Infecção Hospitalar, Simplificação de Procedimentos Hospitalares e Cirurgia Ambulatorial, Práticas Alternativas de Saúde, Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Transplante de Órgãos e Controle das Doenças Respiratórias da Infância.

Também no nível regional, observa-se a formação de diversas comissões e/ou grupos de trabalhos, para estudar e/ou implementar programas nas suas redes. A designação dessas comissões se deram, majoritariamente, através de Portarias Estaduais de Diretores de ERSA, e constituíram-se em um instrumento básico para o nível regional disciplinar os serviços oferecidos.

¹⁴⁰ Resolução SES nº 219, de 07/08/1987, que identifica as áreas de atuação prioritárias do Instituto de Saúde e criava os GEPRO.

Anteriormente a isso já havia sido iniciado o processo de constituição de grupos por programas, sendo os primeiros GEPRO os referentes à Saúde da Criança, da Mulher e do Trabalhador (Resoluções SES nº 224, 225 e 226, de 13/07/1987). Entre essa data e o mês de julho de 1989, foram criados aproximadamente 40 GEPRO.

As Comissões e os GEPRO substituíam o CADAIS ¹⁴¹, órgão delineado na reorganização de 1987, para apoiar tecnicamente as regionais. O CADAIS havia sido concebido para romper a forma tradicional de organização do apoio técnico através de grupos de programas isolados e instituir uma nova dinâmica de apoio à ação programática, numa perspectiva de integração e integralidade, por projetos.

A proposta do CADAIS não chegou a ser implantada e, como se vê, nem compreendida pelos novos atores. Segundo o Secretário, não se sabia o que era o CADAIS. Na visão de um Diretor de ERSA, o CADAIS não tinha aderência à realidade da Secretaria.

Apesar da crítica ao CADAIS, os ERSA, agora chamados SUDS-R (SUDS Regionais), também não consideraram os GEPRO como uma solução. Esses Grupos atrapalhavam a ação integrada e integral quando produziam e remetiam para o nível regional e local pacotes voltados apenas para a rede básica. A atuação dos GEPRO foi considerada excessivamente normativa, buscando padronizar procedimentos a serem implementados por uma rede que, nesse momento, já estava sendo municipalizada¹⁴². Além disso, atuando de forma independente, não contribuíram para desfragmentar e integrar a assistência, mas para aprofundar intervenções verticalizadas e paralelas.

No nível central havia uma visão que considerava os GEPRO um meio para ensinar o nível local. Isso porque se acreditava que havia um vínculo de mando com os municípios. Segundo um dirigente, estabelecia-se um jogo de faz-de-conta, porque os municípios assumiam os programas por força dos mecanismos convencionais, submissos, mas não se comprometiam com as propostas.

Os GEPRO, assim como outros Grupos criados através da CIS, constituíram uma verdadeira estrutura paralela à da Secretaria, mesmo para questões que não eram especificamente de integração interinstitucional.

Os Grupos de Trabalho Interinstitucional criados nas áreas-meio, por sua vez, foram muito importantes no sentido de operacionalizar a integração da gestão dos recursos materiais e financeiros.

Quanto aos recursos humanos, os estudos não levaram a mudanças significativas no sistema. A novidade, na gestão dos recursos humanos, foi a introdução de gratificações. A primeira delas foi a gratificação-SUDS, para viabilizar que os salários pagos pelo Estado e Prefeituras se iguallassem aos do INAMPS, até então muito superiores à média do setor. Outras gratificações foram instituídas na tentativa de avaliar e premiar o desempenho profissional e também o gerencial, segundo a visão presente naquele momento da Secretaria.

¹⁴¹ CADAIS- Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência Integral à Saúde, órgão da Secretaria da Saúde criado na Reforma de 1986, para dar apoio técnico e científico ao Secretário aos ERSA e outras unidades da Secretaria, especialmente no que diz respeito a implementação da política de saúde e ao modelo assistencial, Decreto nº. 26 774, de 18/02/87, artigos 49 a 54.

¹⁴² Notas de reunião de pesquisa na FUNDAP em 18/03/1992.

A nova estrutura, criada para operacionalizar o SUDS-SP, necessitava de uma coordenação, pois a complexidade da conjuntura política não possibilitava ao Presidente da CIS acompanhar todo processo de implantação e suas várias implicações administrativas. Para isso, foi criado um Grupo de Trabalho Interinstitucional de Coordenação Geral. Seu papel era organizar e sistematizar o processo de estruturação do SUDS/SP, orientando os grupos setoriais, elaborando projeto técnico do sistema e apoiando técnica e administrativamente a gestão da SES e da Superintendência Regional do INAMPS durante a transição. Além disso, deveria propor alternativas para a configuração jurídica e organizacional da estrutura de gerência do SUDS/SP¹⁴³.

Além dos Grupos interinstitucionais, a partir de agosto de 1987, o Secretário de Estado da Saúde, na condição de Presidente da CIS, criou, também através de resoluções, sistemas integrados para as áreas-meio e unidades específicas como "órgãos gestores transitórios" desses sistemas no âmbito do SUDS/SP, integrando funcionários da Secretaria da Saúde e INAMPS¹⁴⁴.

Assim, subordinadas ao presidente da CIS-SP, surgiram a Unidade de Planejamento e Programação (UPP-SUDS/SP), a Assessoria Jurídica (ASJUR-SUDS/SP), a Unidade de Controle e Avaliação (UAC-SUDS/SP) e outras como de Recursos Humanos, Finanças, Informação.

Certas unidades de gerenciamento conformadas nesse processo cumpriram um papel importante, alterando procedimentos e permitindo que a SES passasse a desempenhar novas atividades. Nesse caso está a UEF-SUDS/SP e a UAC-SUDS/SP, cujos papéis na organização do novo sistema eram centrais.

A Coordenadoria de Controle e Avaliação do INAMPS estadual era uma área estratégica, em que se situava o controle dos serviços prestados pela rede privada e esse saber tinha de ser apropriado e reorientado. Nessa área havia um corpo de técnicos especializados e a Secretaria não detinha esse tipo de conhecimento. Afinal, a questão da compra de serviços de assistência médica, como tratada pelo INAMPS, era uma realidade totalmente desconhecida do aparato burocrático da Secretaria. Por outro lado, constituía o grande desafio da incorporação.

Através da UAC – Unidade de Avaliação e Controle, o Secretário, como Presidente da CIS e Superintendente do INAMPS, promoveu uma profunda alteração na

¹⁴³ Resolução CIS-SP nº 36 de 30/06/1987.

¹⁴⁴ Resoluções CIS-SP que se sucedem, criou-se de agosto de 87 a março de 88, instâncias que congregavam profissionais da Secretaria de Estado da Saúde e do INAMPS, para gerenciar os seguintes sistemas de:

- Avaliação e Controle (UAC – SUDS/SP, Resolução CIS nº 60, de 28/08/1987);
- Planejamento e Programação (UPP – SUDS/SP, Resolução CIS nº 55, de 05/09/1987);
- Assessoria Jurídica (ASJUR – SUDS/SP, Resolução CIS nº 56, de 05/09/1987);
- Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos (URH – SUDS/SP, Resolução CIS nº 82/87, publicada em 06/01/1988);
- Informações (USI – SUDS/SP, Resolução CIS nº 16, de 31/03/1988);
- Econômico-Financeira (UEF – SUDS/SP, Resolução CIS nº 17, de 17/03/1988).

lógica que informava esse controle e, ao mesmo tempo, apropriou-se a tecnologia desse trabalho¹⁴⁵.

O Estado procurou estabelecer um controle maior das contas e realizar o deslocamento do setor privado das atividades ambulatoriais. Para que isso ocorresse era necessária ousadia, mas também respaldo político.

As unidades criadas consolidavam uma nova forma de gestão. Localizadas geralmente no Gabinete do Secretário, elas eram destinadas a integrar procedimentos do INAMPS à Secretaria mas, naquele momento, representavam uma nova instituição.

Conformou-se, desse modo, uma estrutura de gerenciamento que conferia poderes e privilegiava o papel de um único gestor para o sistema no nível estadual. O Secretário de Estado da Saúde, como Presidente da CIS e como Superintendente Regional do INAMPS, concentrou atribuições, delegadas pelas "convenientes", que lhe permitiam criar o novo sistema e alterar a organização interna das instituições envolvidas.

Essa acumulação contribuiu para o ritmo do processo de incorporação. Em três meses foi possível compatibilizar o sistema orçamentário – financeiro do SUDS-SP e outros instrumentos de gestão que possibilitaram elaborar a programação e orçamentação para todas as unidades integradas no novo sistema.

Correspondendo à rapidez, que o próprio Pinotti identificou como a sua "base estratégica", em três meses o INAMPS estava desmontado. Quando o Secretário "assume simultaneamente (a Superintendência Regional do INAMPS) há um esvaziamento das Coordenadorias (do INAMPS). A única Coordenadoria que não ficou esvaziada foi a de Avaliação e Controle. (...) o INAMPS ficou completamente esvaziado de poder"(Basso, 1992)¹⁴⁶.

A análise desse processo permite verificar que a preocupação central foi a incorporação das competências do INAMPS à Secretaria da Saúde, conformando uma nova organização transitória que viabilizava a absorção, pela Secretaria, das novas funções.

As decisões tomadas através da CIS, teoricamente, seriam mais democráticas por se tratar de um colegiado e possuiriam legitimidade tanto na Secretaria de Estado da Saúde como no próprio INAMPS, por agregarem representantes dos dois órgãos. Na prática, porém, foram controladas pela Secretaria.

¹⁴⁵ O trabalho de reorientação da atividade de controle já havia sofrido mudanças na própria Superintendência Regional do INAMPS, durante a gestão do Herval Pina Ribeiro como Coordenador. Depois da incorporação do INAMPS à SES, com a UAC, Nelson Rodrigues dos Santos e Gilson Coleman promoveram o aprofundamento da mudança das práticas de relacionamento com o setor privado contratado e conveniado.

¹⁴⁶ Entrevista Caritas Basso, março de 1992.

Os Grupos de Trabalho Interinstitucional eram criados, no discurso das resoluções, para estruturar o SUDS-SP¹⁴⁷, operacionalizar a integração. Contudo, essa proposta de integração nem sempre ocorreu, pois a estratégia de rapidez privilegiada pelo Secretário¹⁴⁸ pegava os funcionários do INAMPS de surpresa e colocava-os não como aliados, mas opositores, por se sentirem alijados e impossibilitados de contribuir e de participar.

O SUDS-SP, na sua primeira etapa, significou de fato uma nova instituição, pois ele não se identificava nem com a Secretaria, apesar de ter o mesmo comando, e nem com o INAMPS, do qual saíam, de fato, as competências para compor esse novo ente. Criou-se uma nova instituição, de caráter transitório no Estado, com grande independência em relação aos mecanismos de controle do próprio governo estadual.

A autonomia atribuída pelo Convênio à CIS permitiu que os sistemas administrativos fossem implementados sem passar pela burocracia do Estado. Segundo o Secretário, isso ocorreu com o respaldo do Governador, que apoiou o processo e concordou com que as decisões não transitassem pelas instâncias administrativas e fazendárias.

Na prática, a estrutura paralela atuou de maneira superposta e mesmo concorrente às estruturas da SES, pois tinha a responsabilidade de formular, implementar, gerir e executar políticas integradas dentro de suas respectivas áreas de atuação.

Portanto, o que essa análise permite depreender é que a existência dos ERSA, bem como a utilização de instrumentos normativos para criar novas estruturas organizacionais, permitiram agilizar a implantação do SUDS em São Paulo, finalizando, em três meses, o desmonte do INAMPS no estado. Isso quer dizer que houve eficácia na transferência, mas não, necessariamente, na qualidade da prestação de serviços.

Houve envolvimento dos diversos segmentos da Secretaria no processo de transferência, porque ele significava a concretização de um aspecto do projeto do movimento sanitário: superar a desintegração da gestão da rede, na medida em que ela favorecia a dicotomia entre prevenção e cura e o tratamento desigual entre os prestadores públicos e privados. O movimento centrou-se na assistência médica, mas buscando incorporá-la à rede pública. Valorizou o setor público no que diz respeito ao atendimento ambulatorial, no qual havia capacidade instalada para isso, e buscou estabelecer alguns controles do setor privado hospitalar, onde o estado não dispõe de recursos.

A mudança institucional reiterou a estratégia de rapidez preconizada pelos dirigentes do Estado de São Paulo, o que não ocorreu em outros estados, como se

¹⁴⁷ Resolução CIS-SP Nos. 55 e 56, de 28/08/1987.

¹⁴⁸ Notas de Reunião de Pesquisa com o Secretário José Aristodemo Pinotti, em 26/02/92.

mencionou. E isso se deu apesar da marginalização dos funcionários do INAMPS e exclusão de outros atores do processo.

5.2.4. A Exclusão, as Resistências e os Apoios

Entrevistas realizadas com os servidores da Superintendência do INAMPS em São Paulo, na época da fusão e logo após, permitem apreender a sua visão do movimento de incorporação do INAMPS pela SES, bem como perceber a importância que atribuíram ao fato do Secretário ter ocupado a Superintendência.

Um dos entrevistados disse que "a nomeação do Secretário da Saúde como superintendente do INAMPS durante nove meses, propiciou um papel secundário ao INAMPS, tendo as informações da SES-SP como verdadeiras e não a realidade do INAMPS"¹⁴⁹.

A resistência a um processo de mudança sempre ocorre, ainda mais em uma instituição da complexidade e do tamanho do INAMPS, ocasionando exclusões e ressentimentos.

A visão dos atores envolvidos com o processo de mudança do SUDS e a dos funcionários do INAMPS dificilmente poderia coincidir, pois a noção de perda era muito grande para esses últimos. A mudança para eles não era o aperfeiçoamento da organização, mas o "desmonte do INAMPS" como disse o Secretário Pinotti. Era a perda de identidade.

Uma médica do INAMPS, comprometida com a mudança, dizia que era muito difícil aceitar o que estava ocorrendo. Essa profissional revelava que, mesmo para quem a mudança tinha um significado, era pesado deixar as vantagens da instituição INAMPS para incorporar-se a uma Secretaria de Estado da Saúde vista como pobre e ineficaz.

Alguns funcionários consideravam que o "SUDS nada mais era que o repasse de recursos financeiros, móveis e imóveis do INAMPS para o Estado" e que "a implantação do SUDS foi imposta em todos os níveis, com falta total de planejamento, decidida por políticos".

No clima de exclusão em que se sentia a maior parte dos funcionários do INAMPS, era difícil que houvesse disposição para colaborar.

A proposta de integração dos recursos humanos, um dos pressupostos do SUDS, ficou inviabilizada, na visão de alguns dirigentes da Secretaria, pela resistência dos funcionários do INAMPS que não foram convidados a participar, a "transmitir ao SUDS seus conhecimentos e atribuições sem sentir-se sugados ou descartados". Afirmavam que não tinha havido de fato integração: "não se pode jogar fora a

¹⁴⁹ Nesse item são utilizados discursos de funcionários do INAMPS que ocupavam cargos de direção na época da fusão, sem sua identificação. Entrevistas realizadas na pesquisa sobre Desenvolvimento Institucional: o caso do INAMPS, sob minha coordenação, promovida pela FUNDAP/PUC, em 1991.

experiência, e é o que está ocorrendo no momento, não houve integração e sim encampação dos serviços, os planos vêm prontos, aprovados em um clima pouco democrático".

Os servidores questionaram a ausência de participação do INAMPS no processo, dizendo que ninguém poderia ir contra as idéias do SUDS. Segundo eles, falava-se de participação democrática, "mas tudo chega pronto", "e ninguém sabe quem é quem na estrutura de poder. Somos subordinados administrativamente ao INAMPS e tecnicamente ao SUDS".

O discurso dos funcionários permite inferir sua percepção sobre a perda de poder do INAMPS, que gerou entre eles um clima de insegurança, insatisfação e resistência. Afirmavam que a nova política de saúde estava sendo imposta por quem desconhecia a cultura de uma grande organização como o INAMPS.

A organização foi, de fato, posta à margem de qualquer negociação na medida em que era a representação do modelo que se desejava superar. Essa situação fortaleceu o espírito de corpo da organização. Os funcionários tinham consciência do papel do INAMPS, da sua experiência na gestão dos recursos e da assistência, e repudiavam a sua exclusão do processo.

Desse modo, o poder concentrado no INAMPS começou a diluir-se e o medo do imprevisto a fazer parte do cotidiano das pessoas que viviam a instituição: "Quando chegar amanhã posso não encontrar minha mesa e não ter onde sentar".

A percepção dos funcionários sobre a mudança reitera, mais uma vez, o discurso do Secretário de que "a estratégia é a rapidez", é o resultado que desejava, a incorporação das competências do INAMPS. Só quem fosse percebido como aliado, participava. Não foi criada no interior do INAMPS uma dinâmica da mudança. Apenas desmontou-se a instituição.

Houve uma perda de poder para outra instituição, a Secretaria da Saúde, que, na visão dos funcionários, não era tão eficaz no cenário organizacional quanto o INAMPS. Ao contrário, a imagem que esses funcionários possuíam da Secretaria era a do primo pobre, marginalizado: "o INAMPS tem que ser preservado no que se refere ao modelo assistencial da população. É ele que dá vazão a essa população. O que deveria permanecer é o órgão que dá de verdade (...) assistência direta à população". Apesar das imprecisões do discurso, o INAMPS era reconhecido como o único prestador. Outro servidor reitera essa visão de saber e competência quando diz que "os servidores do INAMPS são possuidores de experiência sobre a assistência à saúde, uma vez que era o maior prestador de assistência. Além de conhecerem a clientela, por isso tem condições de avaliar, criticar e sugerir".

Do ponto de vista do INAMPS, não se pode dizer que a mudança do Sistema de Saúde foi uma causa compartilhada.

Do ponto de vista da Secretaria, também ocorreu um afastamento de parte dos atores que haviam participado intensamente da reorganização anterior e da concepção do processo de desconcentração e descentralização em São Paulo.

Novos atores ingressaram no cenário. Foram eles e seus aliados que compartilharam esse novo momento do processo de mudança. Mas eles também contaram com atores que, embora não fossem do mesmo grupo, dispuseram-se a participar das atividades que visavam a reforçar o setor público e controlar o setor privado.

Como toda mudança, esta teve um preço que poderia ter sido minorado desde que a maior parte das pessoas que integravam o sistema se sentissem envolvidas no processo. Para isso, precisaria haver uma estratégia que privilegiasse a participação, permitindo que todos os atores organizacionais se posicionassem como sujeitos, comprometendo-se com a mudança e seus rumos, o que demanda tempo.

Na ausência de perspectiva de participação, as pessoas tendem a se sentir como objeto do processo, sofrendo suas conseqüências, não se disponibilizam a contribuir, e permanecem indiferentes ou resistentes à mudança.

Entretanto, será que é possível compatibilizar a estratégia de rapidez com a da participação? Ou, seria viável, neste caso, apostar em um processo longo, para mudar uma organização com tantos interesses envolvidos, como o INAMPS, o que permitiria que os atores fossem se posicionando e rearticulando seus interesses?

Fazer a transferência de competências de forma participativa implicava colocar frente a frente duas culturas organizacionais distintas, com interesses e valores diversos e, além do mais, com recursos de poder bastante desiguais.

Para que fosse possível mediar essa relação de forma que a interação fosse fértil, do ponto de vista da implementação de um novo modelo de saúde, a conjuntura precisaria ser bem mais favorável à mudança. E essa mudança, que resultou de um longo processo gestado no interior do movimento sanitário, teve avanços e recuos significativos, mesmo depois da incorporação do INAMPS. Por isso, apesar da proposta do SUDS ser de integração interinstitucional nos Estados, a sua operacionalização implicava, mesmo, o desmonte do INAMPS.

Se houvesse alguma convergência de interesses, o processo SUDS poderia ser encarado como de integração organizacional. Mas isso não acontecia, pois os interesses mais diversos, tanto burocráticos como privados, estavam presentes em todos os níveis de governo.

A Superintendência Regional do INAMPS em São Paulo era considerada aliada dos interesses privados. O seu dirigente, antes do Convênio SUDS, era contrário à integração. Não houve colaboração do INAMPS em São Paulo.

Por detrás da resistência meramente corporativa do INAMPS estavam também os interesses privados, que, ao longo dos anos, haviam aderido fortemente a essa

organização. Os grupos que privatizam o Estado, no sentido de utilizá-lo para servir seus próprios interesses, viram-se ameaçados pelo processo SUDS, que restringia seus privilégios e dismantelava o *locus* de poder do qual se apropriara.

Segundo um dirigente da época, "o setor privado nunca atuava da maneira que queríamos. Os BAU tratavam os sintomas e não as doenças. Era dinheiro jogado fora: a doença se instalava e era tratada nos hospitais. No Estado de São Paulo, se o público funcionasse com plena eficiência não precisaríamos do privado. A nossa perspectiva era dispensar o setor privado da parte ambulatorial" (Tojal, 1992)¹⁵⁰.

Diante da situação vivenciada pelo setor saúde, a estratégia conduzida pelo SUDS-SP quanto à incorporação das competências do INAMPS à Secretaria, parece ter sido a mais eficaz.

De acordo com Salomão (1990)¹⁵¹, "a Secretaria teve essa força porque (...) havia uma base objetiva a reforma" (...) "o Pinotti conseguiu desmontar a máquina do INAMPS, no Estado de São Paulo. Porque nenhum outro Estado conseguiu, (...) desmontou em nível local e regional. E isso foi importante para que pudéssemos ser realmente um gerente em nível local, pois se se mantivesse a máquina do INAMPS ia haver um duplo comando"¹⁵².

Em São Paulo, a incorporação do INAMPS foi feita no prazo definido e é possível que isto tenha constituído um contrapeso ao recuo que se deu no momento seguinte no plano nacional. Ao contrário do que ocorreu em outros estados, foram criados fatos que permitiram a continuidade do processo, apesar do retrocesso verificado no nível federal, logo a partir de março de 1988, com o afastamento do grupo que concebera o Programa SUDS.

Para criar os fatos, porém, foi necessário contar com apoios estratégicos.

Considerando o tamanho e a complexidade do INAMPS e o poder de que dispunha, a transformação só ocorreu porque houve clareza de onde se queria chegar e convergência das vontades políticas.

O apoio ao SUDS veio não apenas do nível federal, mas também do Estado e dos municípios, porque a gestão da assistência médica com os recursos do INAMPS significava mais poder. O dinheiro outrora gerenciado apenas pelo INAMPS passava, em parte, para a competência das outras esferas de poder.

¹⁵⁰ . Entrevista Maria Lúcia Tojal, Secretária Adjunta da Gestão Pinotti, fevereiro de 1992.

¹⁵¹ Entrevista Marta Salomão, março de 1990.

¹⁵² Entrevista Marta Salomão, março de 1990.

No início do processo SUDS, em 1987, o volume de recursos transferido pelo INAMPS para a Secretaria de Estado da Saúde, representava mais de quatro vezes o orçamento do Estado de São Paulo destinado, nesse período, à Secretaria¹⁵³.

Na visão de Salomão (1990)¹⁵⁴: "no início do governo Quéricia, a Secretaria da Saúde era o carro-chefe, a que mais aparecia, a de maior prestígio."

Houve respaldo político do Governador à condução da mudança pelo Secretário e, também, por parte da equipe INAMPS do nível federal, no primeiro momento do SUDS.

Nesse período, o FUNDES – Fundo Estadual de Saúde, criado em 1978, na gestão Leser, viabilizou a captação e a utilização flexível dos recursos do convênio, possibilitando, inclusive, o pagamento da gratificação SUDS a funcionários estaduais.

O apoio do Governador expressou-se na delegação de poder ao seu Secretário. Por decreto o autorizou, por exemplo, a celebrar convênios para implementar a integração dos serviços de saúde localizados nos municípios e para denunciar, resolver e rescindir os convênios firmados¹⁵⁵.

Segundo o Secretário, esse apoio foi político e o Governador nunca teria feito intervenções diretas no embate que se deu entre a Secretaria e o setor privado. No caso do BAU, o enfrentamento com o setor privado foi grande porque se deslocaram os interesses, com o setor público passando a ocupar, no atendimento ambulatorial, o lugar dominado pelo privado.

Acentuada a crise fiscal e com a ocorrência de mudanças políticas no nível federal, o INAMPS recuou com os recursos financeiros. Mas havia um compromisso com os funcionários para pagamento do que se denominava de gratificação SUDS. O governo do Estado deu apoio financeiro, suprimindo os recursos mediante a cobertura com gastos na Secretaria, que estavam vinculados à verba SUDS.

Em alguma medida, o apoio político ao SUDS-SP veio também da sociedade civil. Apesar da abrangência das medidas que estavam sendo tomadas com o fortalecimento político da Secretaria de Estado e de seu titular, houve, aparentemente, nesse momento uma aceitação do SUDS/SP por parte de atores que atuavam no setor. Isso pode ser apreendido através da imprensa.

Em maio de 1987, o SUDS era noticiado como um "programa de reforma sanitária" que começava a ser implantado em São Paulo, e que tinha como meta, até o final do ano, a integração à rede da SES dos postos de assistência médica do INAMPS

¹⁵³ Folha de S. Paulo, 29/06/1987. O orçamento da Secretaria da Saúde era de cerca de 230 milhões de dólares e o INAMPS, para o mesmo período, destinaria cerca de 1 bilhão e 60 milhões de dólares. De acordo com essas informações, portanto, a Secretaria deveria dispor em 1987 de 1 bilhão e 290 milhões de dólares.

¹⁵⁴ Entrevista Marta Salomão, março 1990.

¹⁵⁵ Decreto Estadual nº. 27 140 de 30 de junho de 1987.

na capital e interior do Estado, os quais seriam administrados pela SES e pelas prefeituras municipais em regime de co-gestão¹⁵⁶.

O Programa, segundo a imprensa, discutia também formas de utilização de recursos, com orçamento único para o setor saúde, e buscava conveniar com entidades filantrópicas, que no período não possuíam vínculo com o INAMPS.

Todo esse processo exigiu mudanças no setor público. Na Secretaria, o discurso da incorporação da assistência médica já estava presente na rede, introduzido pelo modelo de saúde dos ERSA. Contudo, ainda não havia penetrado em toda a rede, alterando sua prática de atenção à saúde.

Incorporar a assistência médica na Secretaria da Saúde tornando-a prestadora de serviços já significava retirar uma parcela do atendimento ambulatorial das mãos do setor privado, até então hegemônico. A proposta do Secretário era ainda mais ambiciosa: tornar o setor público responsável pela atenção primária, que, para ele, "não é prevenção, é baixa complexidade com referência" (Pinotti, 1992)¹⁵⁷.

Portanto, a Secretaria não só incorporava as competências do INAMPS, como gestora da prestação de serviços médico-hospitalares, mas também buscava inserir-se como prestadora de atenção ambulatorial, deslocando o privado.

Nesse sentido é interessante recuperar como se deu o processo de reorientação da atenção ambulatorial e o que ocorreu com as relações entre o setor público e o setor privado.

5.3. A MUDANÇA DO PAPEL DO SETOR PÚBLICO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E NAS RELAÇÕES COM O SETOR PRIVADO

Apesar de algumas das medidas formuladas não terem chegado a termo, não se pode desconhecer o que significou para a política de saúde a reorganização da atenção primária. Com todos os avanços e recuos, decorrentes da pressão dos interesses presentes nessa área, ela valorizou, no conjunto do sistema de saúde, a área em que a Secretaria, ou melhor, o setor público, tinha capacidade para dar resposta às demandas de saúde da população.

O setor público não tinha capacidade para responsabilizar-se pela totalidade do atendimento por ocasião do SUDS e nem mesmo do SUS, em função da configuração da rede que fora conformada sob a égide do modelo médico-privatista.

A incorporação da assistência médica pela rede pública não significou apenas trazer mais competências para o seu âmbito. Significou mudar a lógica da atenção. O pronto atendimento ou atendimento da demanda espontânea, como se chamava na época, determinou uma nova configuração para os serviços e pôs em questão toda a sua antiga lógica de organização. Como fazer pré e pós consulta com a "porta aberta", isto é,

¹⁵⁶ Folha de S. Paulo, 02/05/1987.

¹⁵⁷ Reunião de pesquisa com Secretário Pinotti, março 1992.

sob a pressão da demanda? Se isso não era possível, o objetivo também não era simplesmente reproduzir o modelo do BAU, sem qualidade, sem resolutividade. O desafio era incorporar a assistência médica de forma diferenciada.

O Secretário de Estado da Saúde, Pinotti, declarava que a "atenção primária só será de qualidade se for pública". Em sua avaliação, realizada no terceiro ano de gestão, apesar da falta de recursos federais, afirmou que foram entregues à população paulista 660 centros de saúde no interior e 130 hospitais de pequeno porte em cidades menores¹⁵⁸, e elencou como um dos importantes avanços ocorridos no Estado de São Paulo, a mudança do conceito de atenção primária¹⁵⁹. Apontou, também, que o aumento do número de consultas realizadas na rede que passou de 8 milhões, em 1986, para 45 milhões, em 1989.

Para se poder dimensionar o significado desse período na história da saúde do Brasil e a dependência do setor privado, é oportuno recuperar alguns estudos¹⁶⁰, que deram conta desse movimento, seja trabalhando com a produção de serviços, seja com o volume do gasto em saúde. Eles permitem visualizar a inserção do setor público na prestação de serviços de saúde, especialmente a ambulatorial, de 1985 a 1992.

Os dados da pesquisa AMS/IBGE, nos anos 1985, 1987 e 1992, apesar de não confirmarem o crescimento apontado pelo Secretário, revelam que houve alteração na posição do setor público na prestação de consultas ambulatoriais. Enquanto o setor privado responsabilizava-se por 71,1 das consultas em 1985, em 1992 essa relação inverteu-se, passando o setor público a responsabilizar-se por 53,3% das consultas médicas(Tabela 1)¹⁶¹.

A tendência não é confirmada quando se observa o comportamento dos estabelecimentos com atendimento ambulatorial (Tabela 2). O número de estabelecimentos públicos aumentou de 85 para 87, de 49,2% para 52,4%, mas depois, em 1992, decaiu, com o setor privado assumindo a liderança, com 60,0% dos

¹⁵⁸ O Estado de S. Paulo, 09/01/1990.

¹⁵⁹ O Estado de S. Paulo, 07/03/1990.

¹⁶⁰ Os estudos que foram recuperados trabalharam com períodos similares, mas com metodologias diferentes. Apesar de não haver possibilidade de comparações, esses estudos permitirão verificar as tendências que ocorreram, nas duas últimas décadas, com a prestação de serviços de saúde e/ou com o volume do gasto em saúde. Cf. JUNQUEIRA, L. A.P. et alii. Gestão Pública no Setor Saúde: Um Plano Estratégico, São Paulo, FUNDAP-DT/QS 14, 1992; NEPP/UNICAMP. Educação, Saúde e Atenção ao Menor no Estado de São Paulo: Uma Avaliação dos Serviços Públicos Estaduais- Relatório Final, Convênio FECAMP/CEPAM, NEPP, Outubro de 1991, vol. 4; TANAKA, O. Y. A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo, Saúde em Debate No. 33, dez. 1991:73-79; MENDES, A. N. Gasto Social Municipal no Estado de São Paulo - 1987-1992: Educação, Saúde e Assistência Social, São Paulo, CEPAM, Série Estudos e Pesquisas, vol. 5, 1995.

¹⁶¹ Esses dados foram processados a partir de FUNDAP, 1991 e de dados da pesquisa AMS/IBGE de 1992. As tabelas encontram-se em anexo.

Tabela 1

**DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS^(*)
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL NO
ESTADO DE SÃO PAULO**

CONSULTAS ANO	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1985	30.774.246	28,9	75.733.674	71,1	106.507.920	100,0
1987	37.695.950	32,6	78.103.059	67,4	115.799.009	100,0
1992 ⁽¹⁾	66.067.130	53,5	57.348.403	46,5	123.415.533	100,0

^(*) Incluídas as consultas de urgência/emergência

Fonte: AMS/IBGE elaboradas IN: FUNDAP, 1992 : 74

⁽¹⁾ AMS/IBGE, 1992

Tabela 2

**ESTABELECIMENTOS DE ATENDIMENTO SEM INTERNAÇÃO
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL NO
ESTADO DE SÃO PAULO**

ESTAB. ANO	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1985	1.913	49,2	1.972	50,8	3.885	100,0
1987	2.162	52,4	1.961	47,6	4.123	100,0
1992 ^(*)	3.081	40,0	4.648	60,0	7.729	100,0

^(*) Fonte: AMS/IBGE elaboradas IN: FUNDAP, 1992 : 63
'AMS/IBGE, 1992

estabelecimentos. Esse movimento diverge do número de consultas onde o setor público apresentou um desempenho ascendente.

Esses dados sugerem duas hipóteses: ou o setor público tornou-se mais produtivo que o privado, ou o número de estabelecimentos do setor público não foi adequadamente dimensionado na pesquisa.

Comparando esses dados com o número de empregos médicos por categoria institucional, a tendência, em termos percentuais, diverge daquela observada com o número de estabelecimentos. O setor público, de 1985 a 1992, aumentou a oferta de empregos médicos, enquanto o privado decaiu a sua participação. Apesar disso, o setor privado ainda ficou responsável por 57,7% dos empregos médicos (Tabela 3).

Ao considerar o emprego médico e de enfermeiro, por tipo de estabelecimento e categoria institucional, observa-se (Tabela 4) que o setor público era, em 1992, responsável por 56,8% dos empregos médicos nos estabelecimentos sem internação. Nos estabelecimentos com internação o comportamento é inverso, ou seja, o setor privado respondia por 67,9% dos empregos. A mesma tendência observa-se com os enfermeiros.

Portanto, na categoria de estabelecimentos sem internação, mesmo o setor privado possuindo maior número de equipamentos, era o setor público que, em 1992, empregava mais médicos e enfermeiros e produzia mais consultas médicas. Isso revela que, de fato, o setor público passou a ocupar uma nova posição na atenção primária à saúde.

Apesar da importância do setor privado na prestação de serviços de saúde no Estado de São Paulo, tanto no interior como na Capital, a implantação do Sistema reorientou o papel do setor público no atendimento ambulatorial.

Entretanto, mesmo com o investimento ocorrido com o SUDS, ainda não há, também nesse tipo de atendimento, independência do setor privado, uma vez que, em 1992, este ainda produzia 46,5% das consultas médicas. Essa tendência é reiterada pela pesquisa realizada pelo NEPP (1991:35) em uma amostra estratificada de 17 SUDS-R do Estado de São Paulo e três da Capital. Esse estudo revelou que, em 12 SUDS-R da amostra, a participação do setor privado nas consultas ambulatoriais variou de 29.4%, em Casa Branca, a 75.7%, em Jundiaí (Tabela 5). Essa variação acompanhava o montante de recursos transferidos¹⁶².

A dependência fica mais explícita quando se considera o número de leitos (Tabela 6). Nesse caso, o privado representava, em 1992, 80,2 % dos computados pela

¹⁶² Os SUDS-R, em número de 20, compunham a amostra da pesquisa NEPP, 1991, estratificada em 5 tipos de SUDS, de acordo com o tamanho da população: tipo 1. Campinas, Santos e três regiões de São Paulo-Capital: Centro Vila Prudente e Mandaqui; tipo 2. Sorocaba, Ribeirão Preto, e São José dos Campos; tipo 3. Itapeirica da Serra e Jundiaí; tipo 4. Mauá, Araçatuba, Bauru, Marília, Presidente Prudente, Franca, São José do Rio Preto; tipo 5. Casa Branca, Fernandópolis e Itapeva. Desses SUDS-R 12 (Araçatuba, Bauru, Marília, Presidente Prudente, Franca, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Campinas, Casa Branca, Itapeva, Santos e Sorocaba) recebiam maior repasse de recursos para a rede privada, o que atestava sua maior participação no número de consultas médicas oferecidas, p.35.

Tabela 3

**NÚMERO DE EMPREGOS MÉDICOS
POR CATEGORIA INSTITUCIONAL NO
SETOR SAÚDE NO
ESTADO DE SÃO PAULO**

EMPREGOS ANO	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1985	18.544	34,8	34.756	65,2	53.300	100,0
1987	23.426	40,7	34.085	59,3	57.511	100,0
1992 ⁽¹⁾	38.638	42,3	52.632	57,7	91.270	100,0

Fonte: AMS/IBGE elaborados IN: FUNDAP, 1992 : 95

⁽¹⁾ AMS/IBGE, 1992

Tabela 4

**DISTRIBUIÇÃO DE EMPREGOS MÉDICOS E DE ENFERMEIROS
POR TIPO DE ESTABELECIMENTO E CATEGORIA
INSTITUCIONAL NO SETOR SAÚDE
1992**

EMPREGOS	ESTABELECIMENTOS		PÚBLICO				PRIVADO				TOTAL			
			C/INTERNAÇÃO		S/INTERNAÇÃO		C/INTERNAÇÃO		S/INTERNAÇÃO		C/INTERNAÇÃO		S/INTERNAÇÃO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	17.120	32,1	21.518	56,8	36.275	67,9	16.357	43,2	53.395	100,0	37.875	100,0		
Enfermeiro	4.177	47,9	6.488	57,1	4.542	52,1	4.872	42,9	8.719	100,0	11.360	100,0		

Fonte: AMS/IBGE, 1992

Tabela 5

**PARTICIPAÇÃO DO GASTO "OUTROS CORRENTES
E DAS CONSULTAS DA REDE PRIVADA DO GASTO
TOTAL E DAS CONSULTAS REALIZADAS NOS
SUDS.R.**

SUDS	% OC No Total do Gasto	% da Rede Privada no Total das Consultas
Araçatuba	41,0	38,6
Baurú	46,0	36,0
Pres. Prudente	41,0	54,2
Franca	47,0	44,5
Ribeirão Preto	48,0	36,7
S. J. Rio Preto	52,0	52,7
Campinas	44,0	62,8
Jundiaí	68,0	75,7
Casa Branca	41,0	29,4
Itapeva	37,0	49,7
Santos	53,0	45,2
Sorocaba	44,0	43,2

Fonte: NEPP/UNICAMP, 1991:35

Tabela 6

**LEITOS POR CATEGORIA INSTITUCIONAL
NO ESTADO DE SÃO PAULO**

ANO \ LEITOS	PÚBLICO		PRIVADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1985	19.122	15,5	103.923	84,5	123.045	100,0
1987	21.210	16,3	108.593	83,7	129.803	100,0
1992 ^(*)	24.723	19,8	100.424	80,2	125.147	100,0

Fonte: AMS/IBGE elaborados IN: FUNDAP, 1992 : 69

^(*) AMS/IBGE, 1992

pesquisa AMS/IBGE. No entanto, comparando com os anos de 85 e 87 verifica-se, nesses três anos, uma relação inversa entre leitos públicos e privados, ou seja, houve um discreto aumento no número de leitos públicos. Mas isso não chega a representar uma ameaça ao privado, pois o público responde apenas por 19,8% desse tipo de equipamento.

Outro dado que merece um destaque especial na pesquisa AMS/IBGE, 1992, é o número de estabelecimentos privados com contratos e/ou convênios, que revela a dependência que o setor privado tem do SUS (Tabela 7). Verifica-se que 77,7% da rede de prestação de serviços de saúde, tanto pública como privada, em 1992, possuía, no Estado de São Paulo, convênio ou contrato com o SUS. Apenas 22,3% dos estabelecimentos de saúde do Estado, independente do tipo de serviço que ofereciam, não dependiam, no seu funcionamento, do setor público. Esse comportamento não apresenta maior variação, quando se considera, em separado, a Região Metropolitana de São Paulo, o Interior e a Capital; o percentual de cada uma dessas áreas é 19,5%, 23,1% e 24,6%, respectivamente.

Esse quadro reitera a pesquisa realizada pela TPF e C, em 1989. Essa pesquisa revelou que 22,0% da população da Grande São Paulo é coberta pela iniciativa privada sem intermediação do setor público (Junqueira et alii, 1992: 124). A situação permanece pelo que se pode inferir dos dados da pesquisa AMS/IBGE, em 1992. As mudanças introduzidas pelo SUDS-SP e depois pelo SUS, redefinindo as funções do setor público na saúde e a municipalização da prestação de serviços, alteraram a lógica do setor, a relação com o setor privado, mas não a dependência no que se refere a seus serviços. Serviços de saúde para dar cobertura a toda a população, de forma resolutiva, passam necessariamente pelo privado, pois a dependência da sua capacidade instalada não é apenas em relação à internação, e mesmo ao atendimento ambulatorial, mas também aos Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT.

O Sistema Único de Saúde, para garantir ao cidadão brasileiro o seu direito de acesso aos serviços de saúde resolutivos, depende do setor privado. A demanda é muito maior do que a capacidade instalada do setor público. Contudo, no período 85/87 a produtividade do setor público era relativamente baixa, e isso reiterava a necessidade de não apenas aumentar a capacidade instalada, mas sobretudo encontrar mecanismos que possibilitassem otimizar a capacidade existente, seja com treinamentos, seja ampliando a autonomia de gestão dos dirigentes. O mesmo pode ser dito em relação aos empregos em saúde. Naquele período não havia "déficit de empregos médicos no nível ambulatorial no estado de São Paulo.(...) Ao contrário, existia um superávit de empregos considerando o número de consultas realizadas" (Junqueira et alii, 1992:95 e 101).

Se, mesmo otimizando toda a sua capacidade instalada, os serviços públicos de saúde não conseguiriam, a curto prazo, dar resposta a toda a demanda, essa dependência, como se viu, não é apenas do Estado em relação ao setor privado, mas também deste em relação ao público, como mostram os dados AMS/IBGE. Há uma

Tabela 7

**ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM ATIVIDADE POR ÁREA GEOGRÁFICA
E A EXISTÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS NO
ESTADO DE SÃO PAULO
1992**

CATEG. INSTITUCIONAL	CONVÊNIO \ ÁREA	SÃO PAULO (CAPITAL)		RM SÃO PAULO		INTERIOR		SÃO PAULO TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PÚBLICO	POSSUI CONVÊNIO	155	7,5	537	15,7	1.559	29,1	2.251	20,8
	NÃO POSSUI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PRIVADO	POSSUI CONVÊNIO	1.396	67,9	2.218	64,8	2.558	47,8	6.172	57,0
	NÃO POSSUI	506	24,6	668	19,5	1.237	23,1	2.411	22,2
SUBTOTAL	POSSUI CONVÊNIO	1.551	75,4	2.755	80,5	4.117	76,9	8.423	77,7
	NÃO POSSUI	506	24,6	668	19,5	1.237	23,1	2.411	22,3
TOTAL GERAL		2.057	100,0	3.423	100,0	5.354	100,0	10.834	100,0

Fonte: AMS/IBGE

dependência mútua, apesar de todo o discurso e ameaças de descredenciamento, que têm ocorrido em vários momentos da crise do setor.

A relação entre o setor público e o setor privado é essencial para viabilizar o SUS, assumindo o setor público o papel de regulador dessa relação. Apesar da legislação em vigor atribuir um papel ao município nessa relação, ela é de fato regulada pelos governos federal e estadual. Quem define os valores dos serviços prestados, assim como o controle sobre o volume e a periodicidade do repasse das verbas é a União. Quem assumiu, com o SUDS, a contratação, avaliação e controle desses serviços foi o Estado, cabendo ao município a utilização dos serviços. Depois, parte do controle da compra dos serviços passou para os municípios, de modo desigual em todo o estado.

Esse quadro é divergente daquilo que definiu a Constituição, na medida em que a descentralização dos serviços de saúde não significava apenas transferência da gestão de equipamentos públicos. A gestão do sistema local de saúde passa pela contratação e controle do privado. Assim, duas questões permanecem para o município: a assunção da gerência dos serviços privados e a definição de políticas que viabilizem o princípio da sua complementariedade.

Interferindo decisivamente nesse processo emerge a questão do pagamento dos serviços prestados pela rede privada. Ela tem polarizado, em diversos momentos, o debate da relação público e privado. Isso passa principalmente pelas queixas relativas às sub-remunerações e aos atrasos, pelo lado do setor privado, e à qualidade do serviço contratado, pelo ótica do setor público. Inclusive o próprio entendimento do que seja qualidade não é coincidente (Malik, 1995:7).

A questão da qualidade dos serviços contratados não tem ocupado o espaço nas discussões que ocorrem pela imprensa, o que prevalece é a dimensão financeira do problema. Essa ênfase decorre do próprio modelo de financiamento da política de saúde, que mesmo na Constituição permaneceu sem fonte de recursos própria, vinculado aos recursos da Seguridade Social. No embate entre o setor público e o setor privado, uma das estratégias mais utilizadas pelos representantes do setor privado tem sido a denúncia na imprensa, valendo-se desde reivindicações justas até de acusações pessoais.

No entanto, nessas discussões centradas nos atrasos e valores dos pagamentos não se coloca a questão do papel de cada um na prestação de serviços. E, por isso, a imprensa tem veiculado, em vários momentos, ameaças de descredenciamento por ambas as partes. Entretanto, esse discurso de rompimento não pode efetivar-se nas proporções anunciadas, em função da dependência mútua entre os setores público e privado.

As pressões estiveram sempre presentes na imprensa, como os pedidos de audiências a Ministros. Hoje essa questão fica menos aparente, porque é o Ministro da Saúde que sai em busca dos recursos necessários ao funcionamento do setor.

Com a crise mais acentuada, em 1991, as ameaças voltaram-se contra o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo. A polêmica girou em torno da malversação

dos recursos envolvendo a SES. Em artigo assinado¹⁶³ o Sindicato dos Hospitais do Estado de S. Paulo acusou o Secretário de Estado da Saúde de manipular verbas, podendo ocasionar o "colapso" do sistema. O que ocorria na época, na ótica dos prestadores privados, era a retenção de recursos devidos aos seus serviços, que estariam sendo utilizados em fins de interesses exclusivos do executivo estadual.

A Secretaria respondeu dizendo que se pagasse integralmente ao privado quem entraria em colapso era o público¹⁶⁴. A atitude da SES-SP estava de acordo com a Constituição que determina preferência do público em relação ao privado.

O interessante nesse incidente foi a priorização do público, pelo menos no discurso. O Secretário da Saúde, Pinotti, no final da gestão, obteve recursos junto ao governo federal, e em seu comunicado mencionou que esses recursos eram para repasse aos municípios e pagamento dos serviços contratados. Desta forma, afirma que "não houve qualquer tipo de retenção ou manipulação de recursos como foi falaciosamente afirmado pelo SINDHOSP em matéria paga", e que a própria "Secretaria de Estado da Saúde se empenhou na preservação e priorização do sistema público de saúde, e o fez sem prejudicar o pagamento do setor privado"¹⁶⁵.

Assim, o cenário onde se dava o embate entre o público e o privado passava por necessidades concretas das instituições privadas de saúde, que dependiam, e continuam dependendo, desses recursos para manter o atendimento à demanda da população. Essas questões determinam o próprio funcionamento do sistema, o direito do cidadão de acesso à saúde. Esse direito passa também por uma assistência médica de qualidade e resolutiva. Daí a importância da gestão do sistema local de saúde, e não apenas da rede de serviços públicos de saúde, estar sob o comando do município.

O processo de municipalização foi permeado pela relação entre o setor público e o setor privado, não apenas pela dependência mútua na prestação de serviços, como também pelo fato dessa relação ser, o tempo todo, intermediada pelo governo federal, na medida em que este continuou detentor do poder sobre os recursos e as decisões estratégicas dele decorrentes.

Portanto, a implantação do SUDS/SP se fez sobretudo através da constituição de uma rede ambulatorial pública, mas que privilegiava, principalmente, o pronto atendimento. Apesar das restrições quanto ao tipo de atendimento prestado, é preciso reconhecer a importância do novo posicionamento do setor público na assistência ambulatorial para o processo de mudança do modelo de atenção à saúde. Foi iniciado o rompimento das dicotomias entre o público e o privado, entre prevenção e cura, e o setor público passou a ser o ator principal do sistema. Mas faltava ainda regular essas

¹⁶³ Folha de S. Paulo em 03/03/1991.

¹⁶⁴ Informe publicitário publicado nos jornais O Estado de S. Paulo e Folha de São Paulo, em 6/3/91.

¹⁶⁵ O Estado de S. Paulo, 17/03/91.

relações, para que ficasse claro o papel complementar do setor privado e para que o sistema garantisse a integralidade da atenção.

A implantação do SUDS/SP foi um processo que se fez com avanços e recuos, em um tempo relativamente curto, resultando de condições institucionais e políticas de que o Estado dispunha naquele momento.

5.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORDEIRO, Hesio

1987 Saúde e Constituinte. In: A Reforma Sanitária – Propostas do Presidente Brasília, INAMPS, 4-12.

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1988 Perspectivas Institucionais da Descentralização na Saúde, Documentos de Trabalho -DT/24, São Paulo, FUNDAP.

1989 Relatório Final do Projeto de Assessoria ao CONASS para Avaliação do SUDS: Encontros Regionais, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

1990 Programa Decenal para o Setor Social do Estado de São Paulo Saúde, Luciano A. P. Junqueira (coord,) São Paulo, FUNDAP.

1991 Relatório Final do Projeto de Assessoria ao Ministério da Saúde para implementação do Pro-Saúde, São Paulo, mimeo.

1991 Saúde no Brasil: Perspectivas para a Década dos 90, JUNQUEIRA, L.A.P. et al. Documento de Trabalho, São Paulo, FUNDAP.

1992 Avaliação da Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em São Paulo-SUDS-SP, LIMA, M.H.C. (coord) Relatório de Pesquisa, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

JUNQUEIRA, L.A.P. et al.

1992 Gestão Pública no Setor Saúde: um plano estratégico. Documentos Trabalho, 14, São Paulo, FUNDAP.

MALIK, Ana Maria

1995 Qualidade em Serviço de Saúde: Setor Público e Privado. Cadernos FUNDAP, São Paulo, 19:7-24, jan./abr.

MENDES, Eugênio V.

1993 As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In MENDES, Eugênio V. (org.) – Distrito social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde Sanitário: O processo. São Paulo, ABRASCO HUCITEC, p.19-92.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP

1991 Educação, Saúde e Atenção ao Menor no Estado de São Paulo: Uma Avaliação dos Serviços Públicos Estaduais – Relatório Final, Convênio FECAMP/CEPAM, NEPP, Campinas, 4.

SECRETARIA DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE ALAGOAS

1989 Avaliação da Implantação do SUDS no Estado de Alagoas, Maceió: Assessoria de Planejamento da SS/FUSAL, set. 1989.

TANAKA, Oswaldo Y.

1991 A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo, Saúde em Debate, nº 33, p.73-79.

VIANA, A. L. d'Avila

1994 Sistema e Descentralização – A Política de Saúde no São Paulo nos Anos 80: Formação e Tensões [Tese de Doutorado, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1994].

6. SUS: A MUDANÇA NAS RELAÇÕES DE PARCERIA E O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO

A municipalização é um dos pressupostos do processo de mudança da política de saúde, presente no SUDS e no SUS. O município é um espaço social privilegiado, onde as pessoas vivem e exercem seus direitos e onde, portanto, os serviços devem tornar-se acessíveis. Assim, constitui, como diz Mendes (1993:116) o “como microespaço social do exercício cotidiano de construção da democracia e, portanto, de criação da cidadania”.

Apesar da descentralização e da municipalização surgirem muitas vezes como solução para problemas da ineficácia da gestão pública, em uma perspectiva racionalizadora, na saúde, a municipalização foi uma saída não apenas para partilhar com os municípios a responsabilidade pela gestão das políticas sociais, mas também um meio de valorizá-los no atendimento ao cidadão.

Segundo Paganini(1991:41) "um sistema de saúde, qualquer que seja sua estruturação ou composição, resulta do ambiente histórico-social, econômico, cultural de uma região ou área geográfica". Nesse sentido, o processo de descentralização e o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde constituem uma possibilidade concreta de atender às necessidades de saúde da população. Esses sistemas são preconizados, pela Organização Panamericana de Saúde – OPS, como um meio de desenvolver o entendimento da situação local de saúde e a coordenação dos recursos para a produção dos serviços (OPS, 1987:17).

A experiência realizada no estado de São Paulo, a partir de 1983, de transferência de recursos para os municípios através de convênios, permitiu que fossem ampliada a capacidade local de atendimento, e possibilitou ao Estado situar seu papel de articulador da política de saúde, redefinindo a sua inserção na prestação de serviços médico-sanitários (São Paulo, 1987:34).

A questão da municipalização na saúde era parte da agenda do governo Montoro (1983-1987). Uma das medidas implementadas por esse governo foi o programa de fixação de médicos nos municípios do interior. A proposta, como já se viu,

era a de contribuir com os municípios do interior sem médicos, transferindo recursos, mediante convênio, para contratação desses profissionais¹⁶⁶.

Ainda no governo Montoro, o convênio AIS foi realizado com, praticamente, todos os municípios. "Na proposta de descentralização, a Prefeitura, ao assumir maior responsabilidade no setor saúde, também receberia repasse de verbas, uma vez que não adianta transferir responsabilidades se não se transfere recursos" (Yunes, 1990)¹⁶⁷.

A importância da municipalização no processo de descentralização na saúde faz com que se recupere o seu envolver a partir do SUDS, uma vez que, nesse período, o processo foi conduzido pelo governo estadual. Enquanto no SUS, essa condução da municipalização foi do governo federal.

Assim sendo, este capítulo organiza-se em três momentos: a municipalização no SUDS, enfatizando o papel do estado; no SUS, com a mudança das relações de parceria, e as novas perspectivas desse processo de municipalização e, finalmente, os rumos da municipalização a partir de uma visão intersetorial.

Para a discussão que segue, é interessante retomar algumas idéias enunciadas no capítulo dois sobre descentralização, as quais permitirão visualizar a relação desse conceito com o de municipalização. Ele traz implícita a idéia de descentralização enquanto o município recebe competências de outro nível de governo, o que ocorreu no período do SUDS. Entretanto, com o SUS e sua regulamentação, o município, como ente federativo, passa a ter, como sua competência, a gestão do sistema municipal de saúde. Isso implica que a única descentralização passa a ser a dos recursos financeiros que continuaram concentrados no nível federal.

Essa, ainda, não é a realidade, porque a atualização das competências dependem de recursos e, de atores responsáveis pela condução da política nos diversos setores que não possuem a mesma compreensão do conceito de não-centralização, aderente ao preceito federativo.

6.1. SUDS/SP: O PAPEL DO ESTADO NA MUNICIPALIZAÇÃO

A municipalização fora anunciada na VIII Conferência Nacional de Saúde, "como alternativa de integração descentralizada, construída de baixo para cima (...) (que) deve incorporar o nível hospitalar público e privado, descentralizando em favor do município, que precisa assumir, como instância governamental, o papel de núcleo gestor

¹⁶⁶ Dos 572 municípios do Estado, 250 não tinham médicos fixos. A Prefeitura contratava o médico com recursos repassados pelo Estado, a partir de pré-requisitos definidos para a contratação cf. Entrevista João Yunes, março 1990, em menos de seis meses todos os municípios tinham médicos fixos. Esse programa foi avaliado e seus resultados revelaram que a principal dificuldade foi a falta de acompanhamento dos médicos, que se sentiam isolados e abandonavam o cargo.

¹⁶⁷ Entrevista João Yunes, março 1990.

de seu sistema de saúde, incorporando sistematicamente (...) a participação popular" (Magalhães, 1987:21).

O movimento de municipalização em São Paulo, que vinha do governo Montoro, teria, no SUDS, já no período de governo Quéricia (1987-91), a oportunidade de impulsionar a definição dos sistemas locais de saúde, com a transferência, para os municípios, de recursos e de equipamentos de prestação de serviços, a partir de um novo modelo de saúde.

O governo Quéricia declarara a intenção de intensificar a municipalização e de concretizar esse processo na saúde. A proposta explicitada era a de desencadear a descentralização através da municipalização, repassando aos municípios atribuições e recursos sem que o Estado se omitisse "de seu papel normatizador", mediante o diálogo com os ERSA (São Paulo, 1991:17). Essa era a sua leitura sobre o conceito de descentralização na saúde.

O Secretário Pinotti, considerava a transferência da atenção primária para os municípios, o primeiro passo para a melhoria do sistema. Com isso, seriam reduzidos os deslocamentos da população para outras cidades, em busca de atendimento, restringindo-se apenas aos casos mais complexos e de internação especializada. Supunha que, quanto mais eficiente se tornasse o atendimento aos casos mais simples, nos postos e centros de saúde, menor seria a necessidade de se procurar por atendimento hospitalar nos setores público e privado.

A explicação de como esse processo de municipalização ocorreu na consolidação do SUDS, em São Paulo, passa pela sua relação com os ERSA. O avanço da municipalização esteve estreitamente relacionado com a estrutura regionalizada da Secretaria, além de contar com as condições criadas pelas AIS, desde 1983, e com a vontade política dos dirigentes (FUNDAP, 1992:98).

Desde a sua criação, em 1986, os ERSA pretendiam ser um elo entre a Secretaria de Estado da Saúde e os municípios. Concebidos com a finalidade de permitir a implantação de um novo modelo de saúde para a população de sua área de abrangência, estavam previstas entre suas atribuições: coordenar e integrar os recursos de saúde da área; realizar e acompanhar o planejamento interinstitucional das ações de saúde; compatibilizar as propostas regionais com as diretrizes da SES; encaminhar, para o nível central, propostas de convênios instruídas com parecer técnico.

O exercício dessas competências permitiu que as instâncias regionais da SES cumprissem, no primeiro ano da implantação do SUDS, um papel importante na articulação com os municípios e na montagem dos seus planos de saúde.

Porém era preciso definir mecanismos jurídicos que permitissem a agilização do processo de transferência de serviços para a gestão dos municípios. O Secretário de Estado da Saúde considerava essa providência como "absolutamente necessária", pois "a integração e unificação (do sistema de saúde) se daria pela transferência da atenção primária aos municípios, instalando-se um comando unido capaz de combater as

ineficiências e desperdícios decorrentes de se ter, em cada município, entidades voltadas para o mesmo fim"¹⁶⁸.

Na opinião do Secretário, o fato de se colocar a execução do atendimento, de forma unificada, sob a responsabilidade das autoridades municipais, ocasionaria respeito à tradição cultural e sanitária do município e a adaptação dos serviços às características epidemiológicas locais. A municipalização favoreceria maior integração entre "sanitarismo e medicina assistencial", dado que os centros de saúde municipais já "conseguiram integrar essas ações de maneira mais convincente do que os estaduais" e, ainda, tornaria o controle social mais eficaz.

Com amparo no Convênio SUDS/SP, a partir de junho de 1987 até meados de 1988, foram promulgados Decretos do Governador e publicadas Resoluções, que regulamentavam a transferência de serviços para a gestão municipal.

Os primeiros atos previam a integração dos serviços de saúde existentes nos municípios, regulamentando os modelos básicos de Convênio, incluindo os de Consórcios Intermunicipais¹⁶⁹.

O Convênio, para implementar a integração dos serviços locais, apoiava-se nas diretrizes e normas das AIS e do Termo de Compromisso Interinstitucional. Além das obrigações comuns aos partícipes, o modelo previa um Plano de Operacionalização que constituía um instrumento da Programação Orçamentação Integrada (POI) no município. Do Plano deveria constar o montante de recursos a ser destinado pelo Estado e pelo município. Previa ainda, que a Secretaria de Estado da Saúde permitiria ao Município o uso de imóveis, instalações e equipamentos das unidades de serviço, além de colocar à sua disposição os funcionários e servidores em exercício nessas unidades, assegurando recursos orçamentários e financeiros para reposição desse pessoal.

Nesse período os Escritórios Regionais de Saúde-ERSA eram citados como as unidades da Secretaria responsáveis em fornecer apoio técnico e administrativo para desenvolvimento das atividades-meio e das ações de saúde dos municípios.

Os recursos deveriam ser transferidos de acordo com o Plano de Operacionalização. O planejamento assumiu, nessa relação, uma função racionalizadora e de garantia do fluxo de recursos. Cabiam às instâncias colegiadas CRIS e CIMS a função de adequar esse plano de operacionalização às prioridades locais, e o papel de coordenação do sistema e de avaliação da execução dos convênios.

A idéia de Convênio com consórcios intermunicipais tinha como perspectiva encontrar uma saída para que os municípios pudessem dispor de serviços resolutivos. Nesse modelo de convênio chama atenção a inclusão do INAMPS como partícipe, pois

¹⁶⁸ Jornal do Brasil, 27/07/1987. A imprensa chegou a noticiar que seria criada uma comissão de técnicos da Secretaria e do INAMPS, para detalhar a maneira como se daria a gestão no nível municipal e estabeleceria critérios para transferência dos postos de atendimento (Folha de S. Paulo, 02/05/1987).

¹⁶⁹ Resolução CIS/SP Nos. 33 e 34, de 11 de junho de 1987.

sua rede também poderia ser municipalizada. Para gerenciar o Consórcio, o Convênio previa a existência de um Conselho Diretor, constituído pelos prefeitos integrantes do Consórcio, por um representante da SES e outro do INAMPS.

Esses instrumentos disponibilizados pelas resoluções CIS-SP aos municípios, organizados, ou não, em Consórcios, permitiam que adquirissem condições de gerenciar, com comando único, a rede de serviços de abrangência local. Para isso disporiam, em tese, de recursos financeiros, materiais e humanos.

Esse aparato legal ganhou maior consistência com decreto do Governador¹⁷⁰ autorizando o Secretário de Estado da Saúde a celebrar Convênios e Termos Aditivos com os municípios, na implantação do SUDS/SP, tendo em vista a municipalização. Esse decreto reiterou os procedimentos já mencionados e em especial a elaboração do "Plano de Operacionalização", e indicou a necessidade da Secretaria estabelecer mecanismos de avaliação.

Em novembro de 1987, outro Decreto ¹⁷¹ autorizou o Secretário da Saúde a celebrar convênios de integração ao SUDS/SP com Sociedades Cívis, constituídas por Consórcios Administrativos Intermunicipais.

Nesses decretos, ficava explicitada a preocupação da Secretaria de Estado da Saúde em assegurar que a interlocução com os Municípios do Estado passasse por ela. Ou seja, uma vez assinado o Convênio SUDS/SP, a SES, de acordo com o estipulado no convênio, daria início ao processo de regulamentação da integração dos sistemas locais ao SUDS e descentralização dos serviços de saúde de abrangência local para os municípios. Assim, ele buscava reforçar seu papel de gestor único do sistema de saúde ao nível do Estado.

A questão da integração dos sistemas locais ao SUDS/SP voltou, novamente, a ser objeto de regulamentação, em 1988, com o Decreto Estadual nº 28.410, de 20 de maio. Por esse decreto o Estado de São Paulo reconhecia o SUDS/SP "como estrutura organizada das ações de saúde no Estado". Além disso dispunha sobre os organismos que poderiam integrar-se ao sistema e previa a prorrogação e alteração dos convênios já efetuados nos moldes dos decretos anteriores¹⁷².

O novo modelo ressaltava que os municípios e/ou Consórcios teriam a responsabilidade de "gerir, coordenar, controlar e avaliar as ações de saúde nos

¹⁷⁰ Decreto Estadual nº 27.140, 30/06/1987.

¹⁷¹ Decreto Estadual nº 27.569, de 10/11/1987, o modelo de convênio, anexado ao Decreto, se diferencia do aprovado na Resolução CIS nº 33, dado que seu objeto tinha como referência o Programa SUDS, e não mais as AIS. O INAMPS já não aparecia como participante.

¹⁷² Altera os Decretos Estaduais nºs. 27 140, de 30/06/87 e o 27 569, de 10/11/87. Quase paralelamente, em 22/06/1988, a Resolução CIS nº 30/88 aprova modelo de Termo de Adesão ao Convênio SUDS/SP aplicável a municípios e Consórcios Administrativos Intermunicipais. Os modelos de re(ra)tificação aplicáveis a municípios e a Consórcios Intermunicipais são publicados em agosto de 1988, através da Resolução CIS nº 50/88.

Municípios e/ou Consórcios, bem como executar diretamente serviços de saúde de sua área de abrangência".

O plano plurianual, referendado pela CIMS e CRIS, e a POI, como instrumento operacional do plano, continuaram sendo condição para a integração interinstitucional.

Em um dos relatórios de gestão encontra-se que "a SES, através dos seus sessenta e cinco Escritórios Regionais de Saúde, discutiu, um a um, os planos municipais de saúde", os quais foram levados pelos municípios e pelos ERSA ao nível central da Secretaria para serem viabilizados (SES, 1991).

Esse processo de regulamentação da integração dos municípios ao SUDS/SP chegou a termo com a fixação, pela Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, dos elementos essenciais que deveriam ser contemplados nos Planos Municipais de Saúde e que constituiriam a base para a integração. Foi definido que o plano deveria conter uma caracterização da oferta e da demanda; a demonstração dos recursos orçamentários utilizados no setor; as metas de oferta; e a explicitação das prioridades e dos custos¹⁷³.

O processo SUDS favoreceu a constituição e o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, bem como o real crescimento das redes municipais. Os municípios passaram a se situar de maneira distinta no cenário da saúde. Os ERSA saíram da posição de prestadores públicos, à margem das decisões que impactavam o modelo, para constituírem o "suporte técnico dos municípios, ao mesmo tempo que órgão controlador de AIH, de atendimentos ambulatoriais"(Salomão, 1990)¹⁷⁴.

A Secretaria fez um esforço grande para implementar a POI – Programação e Orçamento Integradas, de acordo com os parâmetros definidos pelo INAMPS. Entretanto, segundo um dirigente da Secretaria na época, esse processo de planejamento não dava a visão do sistema.

A partir das críticas à POI, a Secretaria iniciou o desenvolvimento do Plano Diretor, na tentativa de criar uma metodologia mais adequada à sua realidade, que permitisse articular o sistema através de um processo de planejamento, igualmente ascendente. Esse trabalho foi realizado a partir de 88, viabilizando a criação de uma base de informações municipais.

A idéia de plano diretor já estava presente no início da gestão, segundo Tojal (1992)¹⁷⁵: "no plano diretor procurávamos ver o que o município tinha e o que queria fazer com a municipalização (...) inicialmente cada ERSA deveria municipalizar dois municípios, mas para isso deveria elaborar o plano (...) houve uma avalanche de pedidos por parte dos prefeitos, que queriam o controle dos centros de saúde"¹⁷⁶. As prioridades

¹⁷³ Resolução CIS-SP No. 52/88.

¹⁷⁴ Entrevista Marta Salomão, março 1990.

¹⁷⁵ Entrevista Maria Lucia Tojal, fevereiro 1992.

¹⁷⁶ Segundo a entrevistada, só em 1987, chegaram trezentos pedidos de prefeitos para municipalizar centros de saúde.

municípios ainda não estavam se colocando no cenário como gestores dos respectivos sistemas locais de saúde. Estavam recebendo a gestão de serviços, que lhes permitia gerenciar a rede pública de prestação de atenção básica à saúde. Os recursos para investimentos na rede física, por outro lado, constituíam um extraordinário estímulo à aceitação do processo pelos municípios.

Apesar dessas limitações, no interior do Estado, a municipalização viabilizou a decisão de acabar com os chamados atendimentos de urgência comprados dos prestadores privados e considerados atendimentos sem resolutividade.

Salomão (1990)¹⁸³, diretor de ERSA, diz que a rede municipal realmente cresceu, aumentou a quantidade de serviços públicos prestados, mas que "o grande problema é que isso avançou ou não, dependendo do nível gerencial ou regional. Não se tem um corpo técnico uniforme no Estado". Isto é, o processo não se deu da mesma maneira em todo o Estado de São Paulo. Ele sofreu oposição e refluxos, embora tenha avançado em todo o Estado e conseguido a adesão ao Convênio, no período 87-90, de noventa e oito por cento dos municípios (São Paulo, 1991:17)¹⁸⁴.

O mesmo não ocorreu em outros estados bastante envolvidos no processo de mudança na saúde, como, por exemplo, o Ceará. Apesar da municipalização ser uma proposta que envolvia a Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, o número de municípios integrados ao processo, no mesmo período, foi relativamente pequeno. Até 1989, "municipalizamos 5 municípios, estamos municipalizando 8, prontos para o processo de municipalização temos mais 25" (FUNDAP, 1989:116 e 123). Essa dificuldade parece estar relacionada com a desarticulação das instituições, inclusive o INAMPS, é "uma tristeza (...) fazemos a municipalização e lá está num canto o INAMPS, em outro a Fundação SESP, para outro a SUCAM. O Estado avança o processo e essas instituições à margem. Por que não estão aplicando a portaria? Quer dizer, vão perdendo o bonde da história e nos criando grandes dificuldades".

Esse depoimento originário do Ceará ajuda a ressaltar que, no estado de São Paulo, havia um conjunto de condições que já vinham de outros períodos de governo, propiciando uma implantação diferenciada. Com uma estrutura já regionalizada e o serviço de controle de endemias estadualizado¹⁸⁵, São Paulo pôde dedicar-se a enfrentar, no plano federal, a incorporação do INAMPS, e as relações com os municípios, nesse momento, passavam pela Secretaria.

No entanto, em São Paulo, apesar do processo ter caminhado rápido e de um percentual expressivo de municípios ter aderido ao Convênio, é preciso ressaltar que,

¹⁸³ Entrevista Marta Salomão, março 1990.

¹⁸⁴ Dos 583 municípios existentes no Estado, no final de 1990, 574 haviam assinado o Convênio de Municipalização cf. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Saúde: o desafio da mudança – Relatório de gestão, São Paulo, 1991.

¹⁸⁵ Em São Paulo as atribuições da SUCAM já haviam sido incorporadas pela Secretaria de Estado da Saúde, através da SUCEM – Superintendência de Controle de Endemias.

dentre esses municípios, não estava a Capital, que representa aproximadamente um terço da população do Estado e onde se concentram os serviços de referência. Esse fato relativiza toda a idéia de sucesso da municipalização nesse período.

Em 1988, o Secretário de Estado da Saúde, Pinotti, atribuía essa situação ao fato de São Paulo ser uma cidade enorme e complexa, com dez milhões de habitantes, à falta de recursos e às barreiras criadas pelo INAMPS para a concretização do programa¹⁸⁶.

Em 1990, Nelson Rodrigues dos Santos, quando Secretário da Saúde¹⁸⁷, reiterou essa posição, dizendo que a prioridade da municipalização foi dada ao interior, afirmando sua intenção, naquele ano, de concentrar os incentivos na Grande São Paulo, para dar início efetivo à municipalização da Capital¹⁸⁸. Isso não se viabilizou.

A questão da Capital era reconhecida como complicada também pelos dirigentes de ERSA. Havia resistência por parte da Prefeitura ao impor várias condições para os repasses, já que, nesse momento, o setor já vivia tempos de escassez e refluxo de recursos do governo federal.

Quanto à questão política, a negociação passava pelos partidos e pela oposição entre o PMDB, no governo do Estado, e o PT, no governo municipal, e não prosperou.

A discussão esteve presente também em movimentos populares do município, principalmente, nos da zona Sul, que reivindicavam a municipalização da Capital.

Apesar dessas manifestações e das declarações à imprensa da prefeita de São Paulo, Luiza Erundina, de que a concretização do projeto dependia apenas do governo estadual, nada aconteceu de significativo na gestão Pinotti.¹⁸⁹ Com o Secretário Santos houve, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, uma "disposição ao diálogo que não encontrávamos na administração anterior"¹⁹⁰, mas a municipalização da Capital não ocorreu.

A não-municipalização dos serviços de saúde, na Cidade de São Paulo deveu-se a fatores políticos e a fatores de ordem econômico-financeira. Como os recursos federais repassados ao SUDS mantinham-se retraídos em relação aos anos de 87/88, era previsível que a Prefeitura de São Paulo impusesse certas condições, pois sua rede própria já era grande para arcar com o aumento de responsabilidades sem garantias de uma efetiva contrapartida financeira.

¹⁸⁶ Diário Popular, 18/08/1988.

¹⁸⁷ Nelson Rodrigues dos Santos foi secretário de Estado da Saúde de São Paulo de janeiro a maio de 1990, sendo substituído por José Aristodemo Pinotti, que retornava ao cargo e permanece até ao fim da gestão Quéricia.

¹⁸⁸ Ata de reunião da Comissão Interinstitucional de Saúde, 26/03/1990. O Estado de S. Paulo, 08/02/1990).

¹⁸⁹ Os movimentos populares da Zona Sul da Capital reuniram-se em frente à SES para reivindicar a municipalização da saúde, Gazeta de Santo Amaro, julho de 1989.

¹⁹⁰ O Estado de S. Paulo, 08/02/1990.

Em função da singularidade da Capital, a Secretaria criou programas que buscavam dar algumas respostas nesse âmbito. Considerava-se que havia grande ociosidade na rede primária e a porta de entrada do sistema eram os atendimentos de urgência – os antigos BAU, do INAMPS. No interior a municipalização acabara com esse tipo de entrada através de atendimentos chamados de urgência, com baixa resolutividade. Na Capital, para fazer esse papel, surgiram os Núcleos de Assistência Integral – NAI, que propunham a redefinição do modelo de atenção no município.

As unidades configuradas como Núcleos de Assistência Integral – NAI, eram responsáveis pelo encaminhamento de usuários aos outros níveis de complexidade do sistema, cabendo aos ERSA assessorar, supervisionar e avaliar a implantação do atendimento integral e o cumprimento das demais normas indicadas. Além disso, era reiterado que toda rede de atenção primária do SUDS/SP devia criar condições para que suas unidades proporcionassem atendimento integral à saúde da população, enfatizando os aspectos relacionados às características do atendimento¹⁹¹.

Os NAI deveriam privilegiar uma assistência resolutiva de nível básico, para garantir o funcionamento do sistema de saúde, e utilizar, como referência, a rede de maior complexidade. Dirigentes de ERSA, em reunião de pesquisa, apesar de concordarem com a concepção do programa, apontaram a incapacidade da rede pública de realizar essa proposta, uma vez que sua implantação foi feita de repente, sem uma prévia readequação para a nova demanda.

A situação de não-municipalização da Capital, que perdura até hoje, comprometeu a descentralização prevista no novo modelo de saúde, tanto no que diz respeito ao comando único em cada esfera de governo, como na articulação necessária para o sistema de referência regional.

Outra dificuldade para a municipalização, tanto no interior quanto na Capital, talvez de forma mais aguda nesta última, residiu nos movimentos de oposição de alguns grupos, não à municipalização enquanto proposta, mas a outras variáveis presentes no processo.

Segundo Tojal(1992)¹⁹², os médicos teriam resistido muito às mudanças. A mudança na organização dos serviços incomodava tanto os sanitaristas quanto os médicos consultantes, por motivos diferentes. Aqueles, por discordarem da condução do processo, e estes em função da mudança de práticas.

As questões da produtividade e da diferenciação de salários, advindas das gratificações¹⁹³, não eram aceitas nem na burocracia interna nem fora da Secretaria, pelos órgãos de representação dos médicos. O "Sistema Único não pode ter salários tão díspares", afirmavam sob o mote da isonomia salarial.

¹⁹¹ Resolução CIS/SP No. 89, de 19/11/1988.

¹⁹² Entrevista Maria Lucia Tojal, fevereiro 1992.

¹⁹³ Diário Popular, 18/12/88.

A esse questionamento agregou-se uma sucessão de greves que acabaram por desmoralizar e enfraquecer o setor perante a opinião pública. A grande motivação das greves foi a luta contra o achatamento salarial e a falta de isonomia. No bojo desse movimento, foram demitidos os médicos sanitaristas das chefias dos centros de saúde, cargo a que tinham acesso por disposição da carreira.

Não houve, num primeiro momento, movimentos contrários ao processo de municipalização, mas à própria gestão da Secretaria, principalmente na questão dos recursos humanos. "Acho que ele (Secretário) criou uma discórdia completa entre as pessoas, criou o esquema de que as greves seriam punidas e com isso acabou com as greves, mas em compensação acabou com a organização" (Bedin, 1990)¹⁹⁴.

Mais tarde, especificamente a respeito da municipalização, ocorreram denúncias de privilegiamento político de determinados municípios na distribuição dos recursos e na própria maneira de negociação com o convênio de municipalização dos serviços de saúde na capital. Essas denúncias ocuparam a cena, principalmente em 1990.

Apesar de todas as restrições e dos percalços, a municipalização contribuiu para consolidação do SUDS/SP.

O SUDS foi um momento privilegiado para os municípios. A transferência do poder de gerenciar a rede pública de saúde permitiu ao município, inserir-se no sistema como prestador de serviços de saúde.

6.2. O SUS E O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO EM SÃO PAULO

Enquanto no estado de São de Paulo a saúde vivenciava um momento singular de sua história, a Assembleia Constituinte debatia a questão do Sistema Único de Saúde. O texto produzido resultou de uma série de negociações entre os congressistas apoiados pelo Movimento da Reforma Sanitária e aqueles que representavam os interesses do setor privado.

Paralelamente a esse processo, foram elaboradas as Constituições Estaduais. A de São Paulo, promulgada em 1989, reproduziu, com algumas adaptações, a Constituição Federal. As Leis Orgânicas Municipais, por sua vez, explicitaram para os municípios uma nova concepção de saúde, e o seu papel no SUS, definido como prestador de ações e de serviços de saúde.

Esse novo arcabouço jurídico delineou um novo quadro das ações e serviços de saúde, estabelecendo que " as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados e conveniados integram o SUS"¹⁹⁵ e devem obedecer aos princípios: da equidade; do direito à informação; da preservação da autonomia das pessoas; da

¹⁹⁴ Entrevista Nelson Bedin, março 1990.

¹⁹⁵ BRASIL, Lei No. 8 080, artigo 7.

utilização dos serviços e da epidemiologia na definição de prioridades; da descentralização político-administrativa, com comando único em cada esfera de governo e ênfase na municipalização dos serviços; da resolutividade; da integração na execução das ações de saúde, meio ambiente e saneamento; e da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos três níveis de governo, na prestação de serviços e na sua organização, para não haver duplicidades.

A Constituição do Estado de São Paulo reiterou os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e a descentralização "com direção única no âmbito estadual e em cada Município". Definiu, em seu âmbito, as competências do Sistema, entre as quais "a assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos os segmentos da população" e "a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva"¹⁹⁶.

A Lei Orgânica, promulgada em 1990, definiu as atribuições e competências de cada nível de governo. Por essa Lei os municípios têm a competência de gerenciar e executar os serviços públicos de saúde. Ao estado cabe promover a descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde, prestando apoio técnico e financeiro. Apenas supletivamente executarão ações e serviços de saúde. As atividades do nível estadual referem-se, principalmente, ao acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS, e à gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional e estadual.

A Lei privilegia a ação municipal, na medida em que define serem de sua competência as atividades de prestação de ações e serviços de saúde, tanto individuais como coletivas, inclusive os contratos e convênios celebrados com entidades privadas e o controle e avaliação da execução.

Nesse contexto, municipalizar significa a transferência para os municípios das ações e serviços desenvolvidos por outros níveis de governo e que, pela Lei Orgânica, passaram a ser de sua competência.

Da ótica da Constituição Brasileira, na qual o município é um ente federativo, e tem a prestação de serviços de saúde como sua competência, ele deverá definir como prestar serviços no âmbito de seu território, mesmo para instituições mantidas, supletivamente, pelos outros níveis de governo. A exceção explícita são as redes de alta complexidade, que não são muitas neste país e que, geralmente, estão concentradas nas grandes cidades.

Mas o setor saúde vivenciou, nesse período de aproximadamente dois anos, entre 1988 e 1990, um paradoxo.

Ao mesmo tempo que alcançara inscrever a saúde como direito de cidadania na Constituição e dar existência legal ao Sistema Único de Saúde, sofreu o recrudescimento

¹⁹⁶ Constituição do Estado de São Paulo – 1989, Título VII – Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, artigos 219-231.

das oposições e, ao mesmo tempo, o refluxo dos recursos financeiros necessários para a continuidade e aprofundamento do processo, inclusive no que diz respeito aos compromissos intergovernamentais assumidos com a municipalização.

Tendo sofrido algumas derrotas na Constituinte, os setores conservadores, os lobbies do setor privado e das corporações de funcionários que se sentiam ameaçados, especialmente do INAMPS, continuaram a pressionar o Congresso no processo de apreciação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, e conseguiram com que o INAMPS não fosse extinto.

As resistências e pressões não se restringiram ao âmbito do Congresso, manifestaram-se, também, contra o processo iniciado com o SUDS. A reação começou a surtir efeitos com o afastamento do MPAS/INAMPS dos dirigentes comprometidos com o Movimento da Reforma Sanitária. Além disso, o sistema começou a sofrer constantes atrasos e desatualização dos repasses da Previdência aos estados.

Essa situação inviabilizou a manutenção dos compromissos assumidos nos convênios, além de tumultuar as relações com o setor privado e desmoralizar o Estado junto a seus parceiros municipais.

Já em 1988, a chefia de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo declarava à imprensa que a morosidade na liberação de verbas representava "uma forma sutil e efetiva de inviabilizar o SUDS, provocando descrédibilidade em toda a rede"¹⁹⁷.

O descrédito no processo também se configurou junto às corporações de funcionários públicos, médicos que se sentiam marginalizados do processo e funcionários descontentes com a ausência de isonomia. Começaram a ser explicitadas críticas à própria política de distribuição de recursos da Secretaria, bem como aos resultados da sua política de saúde.

A situação conflituosa entre SES-SP e órgãos federais surgiu com a mudança de direção do MPAS e INAMPS, quando o INAMPS passou à direção de doutor Serrão, médico de carreira do Instituto, que não se mostrava compromissado com a implantação do SUDS.

Em 1989, a relação entre o MPAS e a SES-SP tornou-se mais difícil. O Secretário de Estado da Saúde, no primeiro semestre, criticou, pela imprensa, pelo menos por duas vezes, a centralização existente no INAMPS/MPAS. De outro lado, a SES era acusada pelo uso indevido das verbas destinadas ao SUDS pelo INAMPS e pelo desempenho do SUDS, em São Paulo¹⁹⁸.

¹⁹⁷ Folha de S. Paulo, 19/08/1988.

¹⁹⁸ Exemplos dessas denúncias podem ser encontradas nos jornais: O Estado de S. Paulo (28/06/1989, 30/07/1989, 12/08/1989 e 07/09/1989) e Folha de S. Paulo (dias 10, 11, 12, 17 e 18/08/1989 e 21/11/1989).

O Secretário de Estado da Saúde, Pinotti, apontava a retração dos recursos destinados ao SUDS, responsabilizava as instâncias federais por eventuais falhas e distorções no sistema estadual, e criticava o INAMPS por seu imobilismo centralizador, alegando que o nível federal não estava acompanhando a união que se deu no âmbito dos estados entre o INAMPS e os diversos SUDS, especialmente em São Paulo¹⁹⁹. Além disso, mencionava a ociosidade e o corporativismo do serviço público e a "ganância e, às vezes, fraude do setor privado contratado"²⁰⁰.

A crise como se viu, estava na imprensa, faltavam recursos e, segundo os dirigentes federais, os existentes eram mal usados.

Criou-se um impasse no processo de implantação do SUDS, pois as prefeituras que haviam assinado o termo de adesão, viram-se com os equipamentos transferidos para sua gerência, mas sem os recursos financeiros que deveriam acompanhá-los. Essa conjuntura tornou aparente a dependência, conservada pelos estados e municípios, dos recursos federais, monopolizados ainda pelo INAMPS.

A situação tornou-se mais perversa em função da própria crise fiscal e política do Estado que acirrou as contradições do SUDS, gerenciado, no âmbito federal, por um grupo identificado com a preservação do INAMPS.

A própria mudança de rota ocorrida no INAMPS obscureceu, naquele momento, o fato de que os "sanitaristas no governo e na Constituinte, ao proporem a universalização do direito à saúde e ao tentarem adequar as estruturas estatais às novas responsabilidades, desconhecaram, inicialmente, e acabaram, parcialmente, derrotados pelo avanço inexorável da crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalizão sócio-política que a sustentou durante seus longos anos de sucesso industrializante e fracasso social. Na verdade, os reformistas tentaram avançar gerindo instrumentos e impondo novas responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise"(Fiori, 1991:7).

Esse quadro não foi percebido, pois a situação de euforia vivida nos inícios da Nova República, com o Plano Cruzado, favorecera a momentânea afluência de recursos que sugeriram a possibilidade de efetiva reversão do modelo de saúde hegemônico.

O processo de municipalização foi impactado por essa conjuntura, pois, apesar da legislação definir uma nova dinâmica para o setor, colocando o município como a unidade central do SUS, "a descentralização envolve processos de transição e de criação de condições para realização das novas competências municipais."(Carvalho, 1995:9). Essas condições passaram a ser adversas.

¹⁹⁹ Jornal do Brasil, 28/04/1989.

²⁰⁰ Estado de S. Paulo, 07/03/1990.

A municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde definida na Constituição Estadual²⁰¹ não se concretizou. Isso pode ser inferido quando se observa que, num primeiro momento, o movimento de municipalização atingiu apenas a rede pública básica. Esse entendimento da municipalização foi consolidado num projeto de lei para organização do SUS no estado de São Paulo, onde a compra de serviços complementares era estabelecida como competência da Secretaria de Estado da Saúde²⁰².

Essa prática era coerente com a do governo federal, que gerenciava a compra de serviços do setor privado, enquanto os estados e municípios realizavam a prestação pública dos serviços de saúde. Tal postura dificultava a gerência do sistema, já que, como se sabe, o setor privado é responsável por grande parte dos serviços prestados. Ademais, inviabilizava o planejamento integrado da rede e o gestor único. O planejamento ascendente, tão preconizado, ficava na dependência das definições do Estado (Junqueira et alii, 1992:108).

Nesse sentido, o município não assumiu a coordenação do sistema local de saúde. Foi transferida a gestão das unidades públicas, mas, o poder de realizar contratos e convênios, outorgado pela Lei Orgânica, lhe foi, de fato, retirado, uma vez que os recursos necessários a sua realização não foram transferidos.

A implantação do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo foi regulamentada por decreto que reforçava a reorganização do modelo de assistência e declarava que o SUDS-SP passava "a ser tratado conceitual e operativamente" como SUS²⁰³. Foi reiterada a opção pela municipalização dos serviços de abrangência local, bem como a transferência para a gestão municipal dos "serviços de saúde próprios do Estado e os serviços de saúde federais sob a gestão do Estado, que atuam, preponderantemente ou exclusivamente, na área do Município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade do sistema local, serão transferidos para o Município (...), tendo em vista o processo de municipalização dos serviços de saúde, a configuração de sistemas locais de saúde, de consórcios intermunicipais e a regionalização da rede de serviços nos vários níveis de complexidade".

Esse Decreto estadual restringiu-se, no que se refere à municipalização, a reiterar a transferência dos equipamentos públicos para o município como ocorreu no SUDS, permanecendo com o Estado a celebração de convênios e contratos com a iniciativa privada.

Além disso, estabeleceu que a prestação de serviços ambulatoriais básicos seria realizada pela rede de Unidades Básicas de Saúde – UBS, hierarquizada em níveis de complexidade e definida como porta de entrada para os serviços especializados e

²⁰¹ SÃO PAULO, Constituição Estadual, artigo 222, inciso II.

²⁰² SÃO PAULO, Projeto de Lei No. 162, abril de 1990. Este projeto foi retirado antes de sua votação.

²⁰³ SÃO PAULO, Decreto Estadual No. 30 072, de 21/06/1989.

hospitalares. Essa rede de UBS, sem prejuízo das ações preventivas, realizaria o pronto-atendimento, sendo a demanda encaminhada, quando necessário, para atendimento programado ou para serviços de maior complexidade, iniciando-se esse processo pelos Núcleos de Assistência Integral – NAI.

O Decreto estadual reiterou que o Sistema seria organizado com base na integração de meios e recursos e na descentralização político administrativa, estabelecendo que os ERSAs, órgãos regionais, seriam responsáveis por esse processo no Estado de São Paulo. Assim, os órgãos regionais deixaram de se denominar SUDS-R e as atribuições da Secretaria foram redefinidas em função do SUS.

Posterior a esse decreto, uma deliberação CIS²⁰⁴, ainda em 1989, reiterou a rede primária como porta de entrada e delimitou os níveis de complexidade do sistema, reorientando as relações entre o setor público e privado. Determinou que os órgãos do sistema deveriam promover a transferência gradativa, para a rede ambulatorial pública, das consultas realizadas em hospitais conveniados e contratados. Mas, se o Município ou Região não dispusesse de unidades (básicas e/ou de especialidades) suficientes para atender a demanda, poderiam utilizar-se de serviços privados do mesmo nível de complexidade, dando preferência aos filantrópicos e aos sem fins lucrativos, contratados pelo Estado.

Essas medidas eram coerentes com a proposta que vinha sendo implantada com o SUDS-SP pela Secretaria, para otimizar a capacidade instalada do setor público e torná-lo central no atendimento ambulatorial. No entanto, o Estado continuava a definir a política saúde, mesmo no que dizia respeito à rede básica.

A adequação do Sistema Estadual de Saúde ao SUS, proposta no Decreto estadual e na Deliberação CIS, implicou a criação, em 1990, de novos grupos de trabalho. Esses grupos, por Resolução, tinham por objeto principal a proposição de uma nova organização da Secretaria da Saúde adequada à gestão do SUS²⁰⁵, e o delineamento do sistema, em níveis de complexidade, bem como o sistema de referência e contra-referência²⁰⁶.

Esse reordenamento retomava a organização do sistema de referência e propunha a adequação da Secretaria às suas novas funções. Isso era novo. Como se viu, durante a implantação do SUDS-SP, havia sido criado todo um aparato de normas, que permitiram a sua operacionalização como uma estrutura transitória. Agora era necessário definir qual o aparato jurídico-administrativo da Secretaria, para gerenciar o SUS. A organização da Secretaria, importante para implantar o SUDS-SP, precisava de uma nova configuração, incorporando não apenas as funções transferidas pelo INAMPS, mas a própria municipalização.

²⁰⁴ Deliberação CIS-SP nº 58, de 18/08/1989.

²⁰⁵ Resolução SES Nº 66, de 12/03/1990.

²⁰⁶ Resolução SES nº 211, agosto de 1990.

6.3. A MUDANÇA NAS RELAÇÕES DE PARCERIA

Logo depois de aprovada e promulgada a Lei Orgânica da Saúde, o governo federal promoveu uma mudança profunda nas relações entre os níveis de governo estabelecidas no SUS. Através do pagamento da produção de serviços de saúde²⁰⁷, transformou todos os prestadores, inclusive os públicos, em vendedores de serviços. O que estava previsto como parceria passou a ser uma relação de compra e venda.

A medida tomada no governo Collor foi um desrespeito à Constituição e à lei que a regulamentou. Foi um movimento de recentralização. A Lei Orgânica previa o repasse direto, acabava com a administração convenial. A Norma Operacional nº 01, de 1991, mudou a relação que existia com o SUDS e impediu o salto proposto pela nova legislação.

A crise econômica, que acarretou a redução dos recursos de financiamento do setor atrelados à Previdência, agravou o processo.

Não houve resistência por parte dos governos estaduais, que estavam em processo de mudança de gestão, com novos governadores. A maioria dos estados da federação ainda não havia incorporado as ações regionais do INAMPS e, mesmo São Paulo, que havia implementado o SUDS de maneira diferenciada, não amadurecera internamente seu novo papel. Os eventos que ocorreram, posteriormente, revelam a fragilidade não apenas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como das secretarias de outros estados, não se colocando no cenário nacional. Aí foi a vez dos municípios.

Os municípios apoiaram a decisão do governo Collor, ao perceberem a oportunidade de se ter recursos fluindo diretamente da esfera federal, sem passar por canais clientelistas dos estados.

No período 90-94 as relações, até então mediadas pelo nível estadual de governo, passaram a acontecer diretamente entre o governo federal e os municípios. Institucionalizando o pagamento por produção, o governo federal retirou do estado e de suas instâncias regionais a capacidade de planejar o setor.

Essa situação do SUS em nível nacional refletiu-se no estado de São Paulo. A Secretaria de Estado da Saúde perdeu a posição que conquistara no Sistema. O Secretário de Estado da Saúde, que assumiu²⁰⁸, em 1991, não se colocou como interlocutor dos organismos federais. Os municípios paulistas, assim como os demais, passaram a ter relação direta com o governo federal.

A retração de recursos orçamentários do Governo do Estado e a política salarial, que colocou os funcionários estaduais em posição desvantajosa em comparação aos funcionários da maioria dos grandes municípios do Estado, ampliaram a perda de espaço e legitimidade da Secretaria da Saúde. E isso ocorreu tanto no plano de suas

²⁰⁷ Norma Operacional Básica nº 1, de 07/01/1991.

²⁰⁸ Secretário de Estado da Saúde Nader Wafae, professor da Faculdade Paulista de Medicina, que assumiu a pasta no Governo Fleury.

relações externas, principalmente com os órgãos federais e os próprios municípios, quanto com a sua clientela interna. Os funcionários sentiam-se à margem e desmotivados para participar da construção do SUS-SP (Junqueira e Inojosa, 1995b:14).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo continuou gerenciando equipamentos locais de saúde em todo o Estado, a rede da Capital não foi municipalizada, e, por outro lado, obras de cerca de vinte hospitais, de caráter regional, que contavam com recursos do Estado, ficaram paralisadas.

A Secretaria ficou parada no tempo, enquanto novos fatos ocupavam o cenário, sem a sua participação. Os funcionários diziam que o problema não era apenas ganhar mal, era o fato da Secretaria não ter propostas, não ter direção.

As cinco Coordenadorias de Macro-região, nível gerencial da Secretaria que agregava ERSAs por região, constituíram-se, nesse processo, como poderes mais ou menos independentes do restante da estrutura. Concebidas inicialmente como instância de articulação e integração do planejamento regional e do orçamento, passaram a ser um nível hierárquico, retirando, de algum modo, autonomia prevista para os ERSA. Seus dirigentes transformaram-nas de unidades de planejamento e controle, em unidades de execução. Passaram a interlocutores dos Prefeitos, substituindo, nesse papel os escritórios regionais, mudando a lógica da atuação da Secretaria.

Assim, a atuação dos ERSA restringiu-se às atividades de controle dos serviços contratados de assistência médica e à gestão de serviços ainda de responsabilidade do Estado. O planejamento regional que passava pela articulação com os municípios deixou de constituir uma preocupação dos ERSA. A proposta da Secretaria da Saúde de assumir a função de planejamento regional e suporte técnico aos municípios perdeu-se com o esvaziamento dos ERSA.

Com as Macro-regiões assumindo um papel executivo e de interferência nas relações ERSA/Municípios, essa instância regional burocratizou-se, ampliando seu quadro de pessoal²⁰⁹, centrando-se em atividades administrativas, tais como: processamento das faturas de produção de serviços e das autorizações de internação hospitalar. A preocupação passou a ser mais com o controle administrativo do que com a qualidade dos serviços prestados. (Junqueira e Inojosa, 1995a:11).

Assim, os ERSA, criados para serem interlocutores dos municípios, sem dispor de orientação e de meios para assumir esse papel no SUS, passaram a atuar de forma fragmentada e segundo critérios próprios. Muitos resistiram à municipalização, não por uma decisão de oposição claramente formulada e explicitada, mas pela conjuntura. Sem ter claro qual o seu papel, retinham informações necessárias ao trabalho municipal, ou mantinham-se como prestadores de serviços.

Essa situação era discrepante não apenas com o modelo original do ERSA, mas com o novo papel que deveria assumir com o SUS. A municipalização deveria ser o objeto preferencial de sua atuação, deixando a prestação de serviços e passando para o

²⁰⁹ Em setembro de 1994 havia quase 10 000 funcionários lotados nas sedes dos ERSAs cf. Junqueira & Inojosa, 1995b, op. cit., p.15.

controle da qualidade do sistema. O ERSa, esvaziado, reproduzia a dicotomia existente no nível central, ou seja, unidades voltadas para a assistência médica – as Macro-regiões – e unidades de saúde coletiva – as vigilâncias. Mesmo como prestadores de serviços a integralidade da atenção à saúde não fazia parte de seu repertório.

Assim, diminuiu o empenho do estado em relação à descentralização da gerência de ações e serviços. Os municípios se negavam a assumir equipamentos estaduais, em função das dificuldades de operação e de funcionários desmobilizados. Como a municipalização resumia-se no repasse, pelo Estado, de equipamentos, os municípios recusavam-se a arcar com mais esse ônus.

A municipalização, na sua concepção mais abrangente, foi desacelerada, embora com a incorporação da assistência médica pelos municípios acontecesse o inverso. Ou seja, os municípios passaram a se responsabilizar pela assistência.

Enquanto isso a Secretaria de Estado da Saúde retirava-se do cenário das decisões do setor e o governo do estado de São Paulo reduziu a sua participação no financiamento dos serviços municipais de saúde. Isso se pode depreender da pesquisa realizada pelo CEPAM sobre o gasto social municipal no estado de São Paulo, no período de 87 – 92 (CEPAM, 1995).

Essa pesquisa, em uma amostra estratificada de vinte e quatro municípios do interior paulista, analisa os gastos municipais com saúde e suas fontes de financiamento²¹⁰. No período analisado percebe-se que as transferências SUDS/SUS representavam, em 1987, 26,6% dos gastos do total dos municípios da amostra. Em 1988, atingiam quarenta e dois por cento. A partir daí as transferências federais e estaduais ficavam em mais de trinta por cento, para cair, em 1992, para pouco mais de vinte e dois por cento.

Os dados revelam que, durante esse período, o repasse do Estado para os municípios fez-se com recursos SUDS/SUS e próprios, mas estes eram irregulares e nunca atingiram mais de 7,5%. Em 1991 e 1992, eles foram de 4,5% e 1,3%, respectivamente.

O importante, nessa pesquisa, é o volume do gasto municipal de saúde com receita própria, no período 87 – 92, que varia de 57,8%, em 1987, para 77,6 %, em 1992. O Gráfico 1, reproduzido dessa pesquisa permite visualizar o montante desses recursos e o crescimento com o gasto de assistência médica (Gráfico 2). O gasto com saúde por estrato, permite verificar que são os municípios com mais de cinquenta mil habitantes, que mais aumentaram seu gasto com saúde, no período, em torno de 144,5% (Tabela 8).

²¹⁰ Os Municípios foram estratificados em quatro estratos, segundo o critério populacional: A. Municípios de 0 a 20 mil habitantes- Mongaguá, Itaberá, Louveira, Piratininga, Bilac, Regente Feijó; B. de 20 mil a 50 mil habitantes: Salto de Pirapora, Ituverava, Pederneiras, Mirassol, Guararapes, Garça; C. de 50 mil a 100 mil habitantes: Caçapava, Tatui, Sertãozinho, Lins, Fernandópolis, Birigüi, Assis; acima de 100 mil habitantes: Santos, S.J. dos Campos, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, Marília. Cf. Fundação Faria Lima/CEPAM Gasto Social Municipal no Estado de São Paulo – 1987-1992: educação, saúde e assistência social, coord. Aquila N. Mendes, São Paulo, Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM, 1995, p.17.

Fonte: CEPAM, 1995

Gráfico 2
Evolução do Gasto de Assistência Médica Sanitária segundo
Fonte de Receita

Fonte: CEPAM, 1995

Fonte: Fundação Prefeito Faria Lima - CEPAM

Tabela 8

**EVOLUÇÃO DO GASTO MUNICIPAL COM SAÚDE
POR TAMANHO DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIO DA AMOSTRA
1987 – 1992**

ANO	1987	1988	1989	1990	1991	1992
MUNICÍPIO						
0 a 20.000 habitantes	100,0	69,1	110,4	142,0	132,7	116,8
20.000 a 50.000 habitantes	100,0	91,8	111,7	138,9	139,7	136,4
50.000 a 100.000 habitantes	100,0	147,9	38,4	352,1	333,5	312,3
100.000 e mais	100,0	119,1	212,8	234,6	260,6	265,8

Fonte: CEPAM, 1995.

Balanços Gerais dos Municípios da Amostra.

A mesma tendência é observada por Oliveira (1995:175) na região de Campinas. Além de ocorrer uma crescente concentração da produção de consultas, por parte do setor público, representando 75% do atendimento ambulatorial do município de Campinas, esse município e o de Americana responsabilizavam-se, em 1992, por mais de 90% do gasto com saúde. Enquanto o conjunto dos municípios tinham, a seu cargo, mais de 80% das despesas com saúde.

Essa situação de alguns dos municípios dessa região, como é o caso de Americana, tem ocasionado o que a autora denomina de modelo de assistência municipalista. Nesse modelo, o município expande a assistência à saúde sem nenhuma articulação com o nível regional, englobando níveis de maior complexidade. Segundo a autora, sem uma perspectiva regional, pulverizam-se os recursos públicos sem um custo-benefício efetivo (Oliveira, 1995:184).

Os municípios maiores responsabilizam-se pelo sistema local de saúde, mas tendem a se isolar e a circunscrever a clientela de sua rede. Apenas os municípios têm acesso aos serviços municipais, colocando em prática a adscrição.

O que é relevante em todo esse processo é o fato dos municípios terem assumido a gestão da rede pública ambulatorial, investindo inclusive na sua expansão.

Nesse sentido, o incremento verificado pelas pesquisas do gasto municipal, no período 87-92, reflete a tendência que marcou a municipalização a partir de 1987. Segundo pesquisa do NEPP(1991:38) a descentralização ocorreu de forma mais acelerada de 87-89, quando o incremento do gasto com saúde, nos SUDS-R pesquisados, atingiu 309%.

Tanaka et alii (1991:79) reitera essa tendência quando diz que "nos planos diretores contidos nos convênios firmados com os municípios, as propostas de otimização da capacidade instalada, bem como da incorporação de equipamentos para o aumento da capacidade resolutive de seus serviços, comprovaram a mudança ocorrida".

No entanto, é bom lembrar que esse incremento observado com a municipalização ocorreu principalmente no interior, permanecendo o município da Capital à margem desse processo. E isso não parece ser exclusividade de São Paulo, pois em 1991 em um projeto de assessoria da FUNDAP ao Ministério da Saúde para implementação do Pró-Saúde, em dez Capitais observava-se " que o SUS está longe de ser uma realidade, mesmo do simples ponto de vista da articulação interinstitucional. A municipalização no geral e particularmente nas Capitais anda a passos lentíssimos. Os planos municipais de saúde, quando existem não são considerados pelos demais níveis de governo" (FUNDAP, 1991b).

Apesar dos seus avanços, no estado de São Paulo, a municipalização restringiu-se, na maioria dos municípios, ao atendimento ambulatorial básico.

6.4. O REDIRECIONAMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO

No período do governo Collor, a relação da esfera federal com a municipal foi fortalecida, e marginalizada a esfera estadual. Além disso essa relação não se deu na lógica da parceria, pois tratou os serviços públicos como mais um produtor no mercado, ao lado do segmento privado.

Foi essa lógica, contraditória com os princípios do SUS, que o governo federal procurou alterar, a partir de 1993, com a Portaria Ministerial que buscava disciplinar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde para a construção do SUS²¹¹.

Sem desmontar o pagamento por produção, foi instituída uma nova forma de relação com estados e municípios, procurando retomar o processo de descentralização. Estrategicamente, foram valorizadas as instâncias colegiadas. A criação das Comissões Intergestores Tripartite (federal-estadual-municipal) e Bipartites (governo estadual-governos municipais) criou novos espaços de negociação e decisão para operacionalização do SUS.

²¹¹ cf. Item 3 onde é discutida a conformação desse momento da implantação do SUS.

No estado de São Paulo foi finalmente criado, em julho de 1993, o Conselho Estadual de Saúde – CES²¹², instância de discussão de políticas. Também foi criada, como propunha a NOB Ministerial, a Comissão Intergestores Bipartite do estado de São Paulo, por resolução do Secretário, em agosto de 1993²¹³.

A Comissão Intergestores do Estado, a partir das definições da portaria ministerial, elaborou um manual de orientação para os municípios. Foram estabelecidos os procedimentos para que os municípios pleiteassem o seu ingresso em cada um dos três estágios de gestão: incipiente, parcial e semiplena²¹⁴.

Nos municípios, a adesão a esse novo processo de descentralização não foi tranquilo e as respostas variaram em função das diferenças. Isso transparece na comparação dos dados de ingresso dos municípios em cada um dos estágios de municipalização, em outubro de 1994 e em setembro de 1995²¹⁵.

Apesar de, no período 94/95, ter ocorrido um aumento de mais de 50,0% dos municípios que ingressaram em um dos estágios da municipalização, em relação ao número de municípios existentes no Estado – seiscentos e vinte e cinco – isso representa apenas 52%. Restam, ainda, trezentos municípios que nem sequer apresentaram proposta à Comissão Intergestores Bipartite, além do fato da Capital ter continuado à margem do processo.

Isso não significa, porém, que os municípios não tivessem condições de se candidatar ao ingresso em algum dos estágios do processo de municipalização. Ao contrário, pois de um modo geral, no estado de São Paulo, na época do convênio SUDS a adesão, como já se observou, foi de mais de noventa por cento, o que significou terem os municípios se tornado responsáveis, pelo menos, pela gestão da sua rede de atenção ambulatorial pública.

²¹² Lei estadual nº 8.356, de 20/7/1993, cria o CES como instância permanente e deliberativa do SUS em São Paulo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde. Esse Conselho é composto de apenas doze membros. Está em tramitação na Assembléia Legislativa do Estado, um projeto de lei que amplia o CES para trinta membros, sendo quinze representantes dos prestadores e quinze representantes da comunidade. O Conselho funciona de acordo com o projeto em tramitação.

²¹³ Resolução SS nº 242, de 13 de agosto de 1993. Nesse período era Secretário de Estado da Saúde Carmino Antonio de Souza, professor da Faculdade de Medicina da UNICAMP.

²¹⁴ Conforme as "Orientações sobre o processo de Descentralização da Gestão das Ações e Serviços de Saúde de Acordo com a Norma Operacional Básica – SUS – 1/93", produzidas pela Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite e Cadaís, em março de 1994.

²¹⁵ De acordo com informação do CADAIS/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em outubro de 1994, haviam pleiteado a semiplena oito municípios: Diadema, São José dos Campos, Santos, São Vicente, Sertãozinho, Votorantim, Assis e Mauá; até 20/09/95 haviam incorporado a semiplena apenas mais 4 municípios, de acordo com o Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde: Itu, Jundiaí, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, perfazendo um total de 12 municípios.

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO,
POR TIPO DE GESTÃO E ANO

	OUT./94	SET./95
Semiplena	8	12
Parcial	31	59
Incipiente	169	254
Total	208	325

Fonte: SES/SP – CADAIS, outubro de 1994
MS/SAS, setembro de 1995

Essa situação, de uma maneira geral, pode ser entendida em função da política nacional de saúde que, possuindo uma legislação conseqüente com um Estado de Bem-Estar Social, não consegue viabilizá-la sem tropeços.

Os problemas decorrentes da crise financeira constituíram constante fator de descrédito para o SUS. Os repasses de recursos assistemáticos levaram muitos municípios a recusarem a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde, apesar de ser de sua competência, pois isso poderia significar um ônus ainda maior para as finanças municipais, já comprometidas com os serviços públicos de saúde.

Além disso, a política de saúde conduzida pelo Estado não permitiu aos municípios visualizarem perspectivas para o processo de descentralização conseqüentes com as diretrizes do SUS. O Estado, como se viu, não assumiu seu papel de articulação e planejamento regional. Isso fez com que os municípios²¹⁶ tomassem rumos diversos, sem um projeto sanitário comum, condizente com o modelo assistencial preconizado pelo SUS.

Com isso não se quer dizer que o Estado devesse tutelar os municípios. Pela Constituição Brasileira, o município é um ente federativo e, como tal, possui competências próprias na gestão da política de saúde. Porém, as questões, nas quais cabe ao setor saúde interferir de modo a melhorar a qualidade de vida da população, não se restringem ao âmbito de cada município. Muitas delas, ao contrário, extrapolam-no, quer em termos de fatores causais, quer em termos de conseqüências. Como lembram Carvalho et alii (1995:41) "O município não é uma ilha isolada no país. Assim é

²¹⁶ Número de municípios instalados do Estado de São Paulo até dezembro de 1993, Fundação SEADE.

fundamental reconhecer e operar com competência as relações com a esfera estadual e federal." A articulação é necessária em função da própria complexidade das ações de saúde e de seu custo. Apenas se houver articulação e a garantia de subsídios técnicos ao conjunto de municípios a população poderá, de fato, dispor de serviços de saúde resolutivos, de maior eficácia e qualidade.

O processo desigual de adesão dos municípios fez com que o Ministério da Saúde, em outubro de 1994, para tornar irreversíveis algumas de suas iniciativas, instasse alguns estados a se candidatarem, na Comissão Intergestores Tripartite, à condição semiplena de gestão. Isso significava que todos os recursos destinados, pela esfera federal, à saúde em cada estado, com exceção dos referentes aos municípios que já assumiram a mesma condição semiplena, fluiriam diretamente para o Fundo Estadual de Saúde, gerenciado pela respectiva Secretaria de Estado da Saúde (Junqueira e Inojosa, 1995b:19)²¹⁷. No entanto, permaneceram os impasses sobre os recursos para a saúde, dificultando a concretização desses planos.

A mudança promovida, desde 1993, no cenário do processo de municipalização, buscou recuperar os princípios constitucionais, resgatando a relação de parceria. Isso contudo não pareceu sensibilizar parcela significativa dos municípios e nem dos estados. A maioria dos municípios, preocupados com os gastos decorrentes da incorporação dos equipamentos públicos, não se dispuseram a correr novos riscos, arcando com a gestão do sistema local de saúde.

6.5. MUNICIPALIZAÇÃO: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS

O processo iniciado com o SUDS, de transferência para o nível estadual, da competência para gerenciar a compra de serviços de saúde do setor privado, concretizou, antes do SUS, uma aspiração do movimento sanitário de dar, ao setor público, o poder de gestão do sistema.

Esse processo avançado de descentralização, legitimado com a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde, sinalizou que a regionalização do setor deveria encaminhar-se para a municipalização.

Entretanto, a gestão da política de saúde, restrita ao âmbito do estado federado, mesmo depois das definições constitucionais, não concretizou o processo de municipalização. Vários entraves determinaram retrocessos nesse processo, em função de interesses centrais e regionais. Como diz Santos (1994:66) "um dos maiores

²¹⁷ A transferência dos recursos é realizada mediante a definição de um quantitativo apurado a partir da média de gastos extraída da série histórica do faturamento de AIHS (internações) e do SIA/SUS (serviços ambulatoriais). O valor per capita para São Paulo, que além de atender a sua população, tem equipamento de referência para outras regiões, é de R\$ 58,00/habitante ano. Esse valor pode ser alterado em função dos critérios que vierem a ser adotados para o repasse, incluindo ou não recursos da compra de serviços dos municípios em gestão parcial.

impedimentos à organização e funcionamento do SUS é ainda o centralismo insepulto e a descentralização inacabada".

Reorganizar instituições, transferir competências, significa contrariar interesses. Os burocratas das instâncias superiores não abrem mão facilmente de seus poderes e prerrogativas, estabelecidos em função de alianças alheias às demandas da população.

Nesse contexto, os micropoderes centrais passaram a se articular para restaurar suas prerrogativas, baseados no discurso da incompetência e do desperdício das gestões regional e local, ainda que isso significasse perda de eficácia.

Desse ponto de vista, não há compromisso com a prestação, com sua qualidade, no atendimento da clientela, mas apenas a satisfação dos interesses desses micropoderes. A apropriação individual daquilo que se destina ao conjunto da população realiza uma forma de privatização do Estado. Por isso que o governo, no dizer de Campos (1990:40), não é capaz de avaliar de maneira isenta o desempenho de sua burocracia, esse controle só será eficaz quando realizado pelos cidadãos.

Essa questão remete para a redefinição da relação Estado e Sociedade, em que o cidadão e os segmentos organizados da sociedade devem ter um papel na avaliação e controle das políticas sociais.

Nessa linha é interessante recuperar o que diz Foucault (1982:12) sobre o "regime de verdade" na sociedade, isto é, "os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros (...) o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro". Por isso que a "verdade" está ligada aos sistemas de poder, que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem".

Nessa perspectiva pode-se entender o que vem ocorrendo com a descentralização neste país onde os grupos instalados no poder, ou mesmo os micropoderes circulares ao poder central, discutem a eficácia desse processo, passando apenas pela sua ótica. Exatamente porque acreditam que o poder é restrito a determinadas pessoas ou instituições. Mas o poder, de fato, é difuso e o sistema social resulta de uma complexa inter-relação de poderes (Bobbio, 1994:204).

Quando o discurso da descentralização precisa virar prática, isto é, quando chega a hora de transferir o poder, vários impedimentos são colocados. Eles nada mais são do que o medo de não controlar a execução desse poder transferido. Por isso a avaliação tende a passar sempre pelo interesse de quem avalia, pelos seus parâmetros, pelo que, para eles, retrata a realidade.

O movimento de descentralização da política de saúde, contudo, ganhou uma nova dimensão com a municipalização. Os níveis locais pressionaram e se organizaram para a gestão dos recursos de saúde. Mesmo onde a participação da população não conquistou espaço, o fato do poder de decisão estar próximo de quem utiliza os serviços

permite que os usuários explicitem suas necessidades não satisfeitas e aprendam a se colocar como cidadãos. A cidadania é um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando relações e percebem que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados.

A vontade política é importante para sair do discurso de aparência progressista sobre os interesses da população, que, na prática, reverte em decisões tomadas em função dos interesses das corporações. A maioria dos usuários dos serviços públicos é constituída pelos segmentos menos privilegiados da sociedade, que, como tais, não possuem hora nem vez.

O sistema local de saúde, coerente com os princípios constitucionais, envolve a universalização, a integralidade da atenção, a equidade, a resolutividade, a qualidade e a eficácia dos serviços. É um processo dinâmico e pró-ativo, que nasce das necessidades de saúde da população e não apenas da doença. Surge de uma nova concepção de saúde, não apenas como um fenômeno biológico, mas também social, que, por isso mesmo, deve ser encarado através das suas determinações sociais.

A visão do modelo de saúde centra-se na integralidade da atenção e da saúde entendida nas suas determinações sócio-econômicas mas, na prática, o que prevaleceu foi um modelo centrado na assistência "espontânea e compensatória aos doentes". Segundo Santos (1994:67) é "espontânea porque em regra não é programada de acordo com os grupos de risco da população, identificados sob critérios epidemiológicos e sociais" e compensatório porque não há integração com os outros setores sociais. Desse ponto de vista, a saúde foi encarada apenas na dimensão setorial, dicotomizada do conjunto das outras políticas sociais.

As políticas sociais compensatórias é que devem ser superadas, a partir de uma nova relação Estado e Sociedade, em que a preocupação não seja a de resolver pontualmente os problemas sociais como carências. A redefinição dessa relação é permitirá transformar essas carências em direitos. No dizer de Oliveira (1994:44) é uma "unidade dialética que vai transformar o social, não em apêndice do econômico, mas em seu oposto autônomo, que o regula toda vez que a economia encontra ou não capacidade de financiar as políticas necessárias para atender as demandas concretas".

Nessa dimensão, a saúde como direito, como qualidade de vida, não se resolve apenas na perspectiva assistencial. Implica outras determinações que resultam da intersectorialidade. A municipalização, como uma estratégia governamental, recoloca para o Município e mesmo para o Estado o desafio da intersectorialidade.

A lógica setorial que tem informado a ação das políticas sociais, não tem revertido em benefícios para a população, mesmo no enfrentamento das carências. Atuando em um mesmo espaço geográfico e dirigidas aos mesmos grupos sociais, essas políticas disputam recursos e espaços de poder em benefício dos atores que as formulam e executam e não da população a que se destinam. Os resultados são dispersos porque os

planos e programas não contemplam os interesses coletivos, mas interesses individuais e privados (Junqueira, 1994:40).

A saúde, como qualidade de vida, tem no município o espaço onde, efetivamente, se dão as relações entre as pessoas e entre elas e as instituições. É nesse espaço geográfico que se concretiza a ação do Estado. Aí que as políticas sociais são realizadas, isoladamente..

No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretizará a integração interinstitucional e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas sanitárias. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade.

6.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, Norberto et alii

1994 As Ideologias e o Poder em Crise. 3ª ed., trad João Ferreira. Brasília, Ed. Universidade de Brasília.

CAMPOS, Anna Maria

1990 Accountability: quando poderemos traduzir para o português? Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 24 (2):30-50.

CARVALHO, M. do C. B. de & GUARÁ, I. M. F. R.

1995 Gestão Municipal dos Serviços de Atenção à Criança e ao Adolescente. São Paulo, IEE PUC-SP/CBIA.

CEPAM

1995 Gasto Social Municipal no Estado de São Paulo – 1987-1992: Educação, Saúde e Assistência Social, MENDES, Áquila (coord.). Estudos e Pesquisas, São Paulo, CEPAM, 5.

FOUCAULT, Michel

1982 Microfísica do Poder. 3ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1987 Reorganização da Secretaria – Modelo Assistencial e a Organização dos Centros de Saúde. Relatório Final da Consultoria à Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, FUNDAP, v.7, mimeo

1989 Relatório Final do Projeto de Assessoria ao CONASS para Avaliação do SUDS: Encontros Regionais, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1992 Avaliação da Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em São Paulo-SUDS-SP, LIMA, M.H.C. (coord) Relatório de Pesquisa, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

1992 Gestão Pública no Setor Saúde: um plano estratégico. JUNQUEIRA, L. A. P. et al. Documentos de Trabalho, 14, São Paulo, FUNDAP..

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates

1987 Organização e Prestação Pública dos Serviços de Saúde. Cadernos FUNDAP, São Paulo, 13:52-56.

1992 Mudança Organizacional no Setor Público de Saúde: Delineamento de uma Metodologia, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 26(2):139-44.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates e INOJOSA, R. M.

1995a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Situação e Mudança, São Paulo, FUNDAP (mimeo).

1995b O processo de municipalização na política de saúde em São Paulo . São Paulo, FUNDAP, (mimeo).

MAGALHÃES, Rafael de A.

1987 [Discurso Pronunciado na Cerimônia da Abertura Conferência Nacional de Saúde 8: 1986, ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde].

MENDES, Eugênio V.

1993 As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In MENDES, Eugênio V. (org.) – Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, ABRASCO HUCITEC, p.19-92.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP

1991 Educação, Saúde e Atenção ao Menor no Estado de São Paulo: Uma Avaliação dos Serviços Públicos Estaduais – Relatório Final, Convênio FECAMP/CEPAM, NEPP, Campinas, v.4

OLIVEIRA, A. M. F.

1995 Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana: o caso de Campinas [Tese de Doutorado. Instituto de Economia da Universidade de Campinas, 1995]

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

1987a Propuesta de Apoyo al Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y al Proceso de Decentralización en los Países de la Región de las Américas, Washington, OPS/OMS.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

1987b Descentralizacion y Silos, Washington, Organizacion Panamericana de la Salud/OMS

PAGANINI, José Maria

1991 Los Desafios de los Servicios de Salud en la Década del Noventa.[In Seminario-Taller sobre Descentralizacion de los Servicios de Salud, Quito 28 mai a 01 set. 1991, CLAD/OPS Gobierno EQUADOR, p.41-60].

SANTOS, Nelson R.

1994 O Sistema Único de Saúde: Realizando a Utopia sem Perder a Utopia. Saúde em Debate. Londrina, 43, p.64-69

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1987 Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento, São Paulo, SES/FUNDAP.

1991 Saúde o Desafio da Mudança, Relatório de Gestão, São Paulo.

TANAKA, Oswaldo Y.

1991 A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo, Saúde em Debate, nº 33, p.73-79.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças ocorridas no setor saúde, nas décadas de 80 e 90, no estado de São Paulo, resultaram do compromisso dos atores envolvidos com o projeto sanitário, que buscavam superar os constrangimentos impostos ao setor público de saúde pelo modelo médico-privatista hegemônico no país.

A descentralização como um instrumento de reordenamento do aparato estatal, constituiu um fator de mudança, enquanto criou novas instâncias de decisão, possibilitando ao Estado transformar-se em prestador de serviços, e facilitando o acesso dos usuários aos tomadores de decisão. A ampliação das instâncias de poder visava dotar a Secretaria de maior eficácia no atendimento à saúde e não a redução do seu aparato para diminuir gastos.

Apesar da descentralização favorecer a democratização e a participação, essa relação não é necessária, pois a criação de novas instâncias de poder, pode facilitar, também, o clientelismo, a utilização privada do poder transferido. Contudo, o novo formato organizacional que surge com a redistribuição do poder, terá mais eficácia se a população a quem os serviços se destinam, também, se envolver com a mudança. Daí a importância da abertura de canais de comunicação, pelos novos centros de poder, permitindo à população levar suas demandas e necessidades aos responsáveis pela gestão dos serviços.

A reforma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de que resultou a criação dos ERSA, estrutura desconcentrada, que veio no bojo do movimento de descentralização proposto pelo governo do Estado, foi informada por um novo modelo assistencial que emergiu no interior do movimento da Reforma Sanitária.

Essa mudança continha a possibilidade de se repensar as relações Estado e Sociedade. Era a esfera estadual buscando garantir os direitos do cidadão, através do estabelecimento de condições para a implementação de uma política de saúde condizente com as necessidades da população. No entanto, neste momento, o Estado, unidade federada, ainda estava sujeito às relações definidas pelo modelo médico-privatista.

Mudar uma instituição da complexidade da Secretaria da Saúde significou alterar relações, envolvendo uma gama de fatores interdependentes como recursos,

poder, participação na mudança, transparência do processo, treinamento de equipes, vantagens funcionais e até cargos. Houve segmentos da instituição que não participaram porque, ou não perceberam os objetivos da proposta, ou não concordavam com ela, ou não desejavam se comprometer. Apesar dessa oposição à reforma ela teve êxito, porque era uma idéia formulada a partir do modelo de saúde, com o qual o movimento sanitário estava comprometido.

O governo, que assumiu em março de 1987, dispôs de uma nova organização de saúde que, com uma estrutura ainda em processo de consolidação, já estava com seu poder desconcentrado regionalmente. A relativa autonomia dos seus dirigentes, para articular e integrar instituições e recursos, contribuiu para que o estado de São Paulo implantasse, de maneira diferenciada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS e a própria municipalização.

A análise da implantação do SUDS-SP permitiu visualizar da ótica dos atores, dos atos legais e da imprensa, que, em dois anos, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, havia incorporado funções que implicaram o estabelecimento de novas relações com os municípios e com o setor privado conveniado e contratado.

O ritmo diferenciado do desmonte do INAMPS e a conseqüente incorporação de suas competências por outra instância, que não a Secretaria, mas associada a ela, foi viabilizado porque essa instância de poder, híbrida e transitória, tomava decisões e as operacionalizava rapidamente. Isso era conseqüente com a estratégia definida e com a existência de uma organização com capacidade para receber de direito as competências transferidas, no caso, a Secretaria da Saúde.

A estratégia adotada nesse processo valorizou as estruturas paralelas com o intuito de agilizar a implantação do SUDS-SP. Às críticas que advieram dessa estratégia, pode-se contrapor o argumento de que a integração do INAMPS/Secretaria em uma outra instituição transitória, permitiu à Secretaria apropriar um novo saber, e agilizar o processo de gestão, sem passar pela burocracia dos sistemas administrativos do Estado. Naquele momento apenas a Secretaria dificilmente conseguiria dar respostas rápidas ao processo de incorporação, mesmo possuindo uma organização mais adequada ao modelo proposto.

Esse processo também foi inovador. Não se criou um terceiro órgão tão institucionalizado como os outros dois – Secretaria e INAMPS, mas um ente transitório, com poder de implementar propostas²¹⁸.

Na mudança do SUDS houve resistências da burocracia e de interesses mais amplos, pois o INAMPS era a instituição gestora do modelo médico-privatista. Seu

²¹⁸ Por ocasião da implantação do Programa Metropolitano de Saúde – PMS pretendeu-se constituir um órgão que pudesse desenvolver o projeto, mas sem ter uma existência permanente, como por exemplo, uma Fundação que estaria fazendo propostas de inovação para a Secretaria, mas fora dela. Por isso foi criada a CPMS no interior da Secretaria, que era o novo embrião da Secretaria, mas de algum modo era algo à parte e com critérios próprios. Tanto é verdade que na época da reforma da Secretaria, essa unidade reagiu à mudança, porque ela já era o novo, e não via necessidade de mudar.

desmonte também significava contrariar interesses privados, uma vez que era o gestor do modelo que se desejava superar. O desmonte do INAMPS não constituiu um processo de fusão, mas de transferência de competências, tendo em vista a extinção.

O SUDS-SP permitiu à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo consolidar o modelo de saúde a partir do qual ela havia se reestruturado. Ao mesmo tempo, os ERSAs viabilizaram a implantação do SUDS-SP, em um movimento sinérgico com a estrutura transitória.

Em um curto espaço de tempo o SUDS permitiu que se configurasse uma nova realidade para o setor saúde em São Paulo. Viabilizou um novo papel para o setor público e consolidou o processo de descentralização, permitindo que a municipalização avançasse. O movimento desencadeado na gestão anterior ganhou fôlego, fazendo com que os municípios comesçassem a gestão da atenção ambulatorial pública.

Nesse período a política de saúde tomou uma nova configuração. De fato o modelo privatista começou a ser superado, apesar da dependência do setor público da capacidade instalada do privado. A descentralização para estados e municípios das competências do INAMPS, bem como a universalização da atenção, mudaram o modelo de atenção no país e criaram condições para que as relações Estado e Sociedade pudessem ser redefinidas. Mesmo considerando a existência da denominada universalização excludente, parcela considerável da população brasileira passou a ter acesso a assistência médica.

Com o advento do SUS, os municípios deveriam ter assumido, de fato, a gestão dos respectivos sistemas locais de saúde. Isso não ocorreu, porque decisões estratégicas sobre a gestão dos serviços privados permaneceram da alçada dos níveis federal e estadual. Mesmo o papel do nível estadual, nesse processo, por ocasião do governo Collor, sofreu retrocesso. A relação de parceria entre os três níveis de governo foi alterada, passando a vigorar a mesma relação de compra e venda, característica do privado.

A descentralização foi retomada pelo Ministério da Saúde, a partir de 1993, com a criação de novos mecanismos de gestão da municipalização, configurando um novo cenário. O repasse direto, com a condição de gestão semiplena para os municípios e, supletivamente, para os estados, permitiu a consolidação do poder dos municípios na gestão do sistema local de saúde.

O processo não foi percebido igualmente por todos os municípios que, centrados na prestação da assistência médica, não mostraram disposição para arcar com mais um ônus, em função das crises que marcaram o repasse de recursos. Por outro lado, alguns municípios procuraram organizar seus sistemas locais, independentemente, de qualquer articulação regional. Isso passou pela fragilidade que marcou a presença do nível de governo estadual nos últimos anos e pela percepção, dos dirigentes municipais, do significado do Sistema Único de Saúde. Esses sistemas locais não estão articulados

para realizar a atenção integral à saúde, proposta pelo SUS e que ainda está para ser concretizada.

O município, como ente federativo, tem autonomia para implantar um sistema local resolutivo. O problema é saber em que medida, em um país com as desigualdades sociais abismais que caracterizam a sociedade brasileira, o município pode constituir-se em uma ilha isolada dessa realidade, com pouca ou nenhuma articulação com outros níveis de governo. Isso não significa que eles não possam inovar, criar saídas próprias. Mas também não podem perder de vista sua inserção na realidade social complexa, de que são parte, em uma relação sinérgica.

A integralidade da atenção, como um dos princípios do modelo de saúde explicitado na Constituição, implica a mudança qualitativa da perspectiva que se coloca para a assistência médica e para a própria saúde. Isso abre espaço para a questão da intersetorialidade da saúde.

A intersetorialidade remete à idéia de rede, saindo do âmbito do estatal setorial, como a saúde tem atuado. A rede na visão intersetorial sugere uma nova dinâmica para a gestão pública da saúde, informada por uma outra lógica, a dos resultados e dos impactos na qualidade de vida da população. Isso possibilitaria reordenar o próprio aparato institucional e consolidar as relações entre os diversos setores sociais e suas instituições, sejam públicas ou privadas.

Nesse sentido, esse processo permite incluir a devolução social, como uma forma de descentralização, em que as instituições privadas de caráter público podem assumir competências transferidas pelo Estado, sob sua regulação.

A intersetorialidade pode configurar um novo passo no processo de mudança do setor saúde, agora rompendo, de fato, as fronteiras da assistência médica e do assistencialismo. Trata-se de buscar a integralidade da atenção, mediante a articulação intersetorial e o compromisso solidário dos vários segmentos da sociedade.

A relação em rede privilegia a horizontalidade, a interdependência e a complementariedade das ações, integrando instituições, movimentos e grupos sociais, que podem articular-se, mediados por objetivos comuns, no âmbito do município ou regionalmente, para encaminhar soluções para uma política de qualidade de vida.

A rede constitui uma possibilidade de sair do âmbito do Estado interventor, para uma nova relação de Estado e Sociedade, em que as instituições sociais sejam mobilizadas para o exercício de um governo solidário na construção de um novo projeto social.

8. BIBLIOGRAFIA

ABRANCHES, Sérgio H.

1985 Os Despossuídos: Crescimento e Pobreza no País do Milagre. Rio de Janeiro, Zahar.

1989 O Leviatã Anêmico: Dilemas Presentes e Futuros da Política Social, Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, 1(1):7-31.

ALAGOAS. SECRETARIA DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO

1989 Avaliação da Implantação do SUDS no Estado de Alagoas, Maceió: Assessoria de Planejamento da SS/FUSAL, set. 1989

ALMEIDA, Maria Herminia T.

1994 Federalismo e Políticas Sociais [Projeto Balanço e Perspectivas do Federalismo no Brasil. Redefinição de Competências entre Esferas de Governo na Prestação de Serviços Públicos na Área Social, São Paulo. FUNDAP/IESP, (6) tomo1:9-21] (mimeografado).

ARAÚJO, Laís C. M. N. & JUNQUEIRA, Luciano A. Prates

1994 Saúde: direito do cidadão e dever do Estado. Boletim de Conjuntura. Política Social, São Paulo, 13:27-31.

ARRETCHE, Marta T. S.

1995 Descentralização, Democracia, Reforma do Estado e Bem-Estar. Conceitos que não se Equivalem. São Paulo, FUNDAP (mimeo).

AURELIANO, Liana.

1990 *Estado, Economia e Saúde* [texto apresentado no Seminário: Estado, Economia e Saúde, organizado pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, NEPP/UNICAMP, 2-6/7/1990).

1995 *Federação e Descentralização* (texto apresentado no Seminário Impasses e Perspectivas do Federalismo no Brasil, FUNDAP, out. 1995).

AURELIANO, Liana M. & DRAIBE, Sonia M.

1989 A Especificidade do Welfare State Brasileiro, Economia e Desenvolvimento, Brasília, MPAS/CEPAL.

BANCO MUNDIAL

1982 Staff Appraisal Report, Washington.

1988 Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial -1988. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.

BATISTA, Paulo Nogueira

1994 O Consenso de Washington: a visão neo-liberal dos problemas latino-americanos. 2ª ed., São Paulo, PEDEX: CAMP/CEPIS/CMP/IFAS/MST.

BELTRÃO, Hélio

1984 Descentralização e Liberdade. Rio de Janeiro, Record.

BERGER, P. L. & LUCKMANN, T.

1973 A Construção Social da Realidade. Petrópolis, Vozes.

BERLINGUER, Giovanni

1988 Os anos difíceis da reforma sanitária. In BERLINGUER, G. et al. Reforma Sanitária na Itália e no Brasil. São Paulo, CEBES/HUCITEC.

BITTAR, Olímpio J. N. V.

1994 Produtividade em Hospitais [Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo, 1994].

BOBBIO, Norberto et alii

1986 Dicionário de Política. 2ª ed., Brasília, Ed. Universidade de Brasília, p.329-335: Descentralização e Centralização.

1994 As Ideologias e o Poder em Crise. 3ª ed., trad João Ferreira. Brasília, Ed. Universidade de Brasília.

BOISIER, Sérgio

1987 Los Procesos de descentralizacion y desarrollo regional en America Latina. Revista de la CEPAL, Santiago de Chile, 31.

BORJA, Jordi

1987 Dimensiones Teóricas, problemas y perspectivas de la descentralizacion del Estado. In BORJA, J. et al Descentralizacion del Estado – Movimento Social y Gestión Local. Barcelona, Instituto de Cooperacion Iberoamericana/FLACSO/CLACSO.

BOUDON, Raymond

1971 Métodos Quantitativos em Sociologia. Petrópolis, Vozes.

BRAGA, J. C. de S. & PAULA Sérgio G. de

1981 Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES/HUCITEC.

CAMARGO, Aspásia

1994 O Novo Pacto Federativo. Revista do Serviço Público, Brasília, 118 (1): 87-94.

CAMPOS, Anna Maria

1990 Accountability: quando poderemos traduzir para o português? Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 24 (2):30-50.

CAMPOS, G. W. de Souza

1989 Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde In CAMPOS, Gastão et al. Planejamento sem Normas. São Paulo, Hucitec.

1991 A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo, Hucitec.

CARDOSO, Fernando Henrique

1995 Social Democracia é a alternativa viável. O Estado de São Paulo, São Paulo, 27 ago. 1995 (Cad. 2-Esp).

CARVALHO, M. do C. B. de & GUARÁ, I. M. F. R.

1995 Gestão Municipal dos Serviços de Atenção à Criança e ao Adolescente. São Paulo, IEE PUC-SP/CBIA. CASASSUS, Juan.

1990 Descentralização e Descontração Educacional na América Latina: Fundamentos e Crítica. Cadernos Pesquisa, São Paulo (74):11-9.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de

1991 Descentralização e Política de Saúde: Tendências Recentes. Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, 5:105-121.

1992 Descentralização e Política Social no Estado de São Paulo: Tendências e Perspectivas, Revista CEPAM, II(1).

CEPAM

1995 Gasto Social Municipal no Estado de São Paulo – 1987-1992: Educação, Saúde e Assistência Social, MENDES, Áquila (coord.). Estudos e Pesquisas, São Paulo, CEPAM, 5.

COHN, Amélia

1987 O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde: Descentralização ou Desconcentração. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 1(3):55-58, out./dez.

1992 Descentralização, Cidadania e Saúde, São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 6(4):70-6, out./dez.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE : 8. Brasília, 1986

1987 ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: 9. Brasília, 1990

1990 ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde.

CORAGGIO, José Luís

1991 Las Corrientes de Descentralización en America Latina, Cuadernos del CLAEH, Montevideo, 16(56):63-78.

CORDEIRO, Hesio

1987 Saúde e Constituinte. In: A Reforma Sanitária – Propostas do Presidente. Brasília, INAMPS, 4-12.

CROZIER, Michel

1983 A Sociedade Bloqueada, trad. Maria L. A. Maciel. Brasília, Ed. Universidade de Brasília.

DAIN, Sulamis

1995 Experiência internacional e especificidade brasileira. In: AFFONSO, Rui de B. A. & SILVA, Pedro Luiz B. (org.). Reforma Tributária e Federação, São Paulo, FUNDAP/ UNESP, 21-41.

DEWAR, R. D. e DUNCAN, R.

1977 Implications for Organizational Design of Structural Alteration as a Consequence of Growth and Innovation. In BURACK, E. H. & NEGANDHI (org.) Organization Design: Theoretical Perspectives and Empirical Findings, Kent, The Comparative Adm. Research Institute, 203-220.

DILLINGER, William

1995 Decentralization, Politics and Public Services [In: Seminário Internacional sobre Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil. São Paulo, FUNDAP/IESP, 1995] (mimeografado).

DONINNI, O. & HAYASHIDA, H.

s.d. Modelo Assistencial In Programa Metropolitano de Saúde. São Paulo, PMS, 23-28.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L.

1976 Saúde e Sociedade, São Paulo, Duas Cidades.

DONNANGELO, Maria Cecília F.

1982 Política Social de Saúde [Palestra apresentada no Curso de Política Social de Saúde, São Paulo, FUNDAP, em 13/5/1982] (mimeo).

DOWBOR, Ladislau

1994 Governabilidade e Descentralização. Revista do Serviço Público, Brasília, 118(1):95-118.

DRAIBE, Sonia M.

1986 O padrão brasileiro de proteção social: desafios à democratização. Análise Conjuntural, Curitiba, 8(2):13-19.

1989 O "Welfare State" no Brasil: características e perspectivas. *Ciências Sociais Hoje* – ANPOCS 1989, São Paulo, 13-61.

1993 As Políticas Sociais e o Neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. *Revista USP*, 86-101.

1995 O Sistema de Proteção Social na Década da Crise e das Reformas. Campinas, NEPP/UNICAMP, Projeto Regional de Reformas de Política Pública, CEPAL/Governo de Países Baixos/ONU.

DRAIBE, S. & HENRIQUE, W.

1988 *Welfare State* Crise e Gestão da Crise: um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 6(3).

DRAIBE, S. et al.

1990 Desenvolvimento das Políticas de Saúde nos anos 80: os casos brasileiro, boliviano e peruano. Acordo Técnico. NEPP/UNICAMP/OPAS, Campinas, UNICAMP (mimeo).

DRUCKER, Peter

1966 A Manager's Guide to Making Changes. London, John Wiley & Sons Ltda.

ELAZAR, Daniel

1990 Exploring federalism. Tuscalossa, University of Alabama Press.

FAVARETT FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J.

1989 A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, 1(1):139-192.

FELICISSIMO, José Roberto.

1994 América Latina: Movimento sociais Frente à Descentralização do Estado. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 28(3):26-43.

FIORI, José Luís

1990 Transição Terminada: Crise Superada? Novos Estudos. Cebrap, São Paulo, 28:137-151.

1991 Democracia e Reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas [Documento Técnico, mimeo, OPAS/OMS].

FIORI, José Luís

1994 O Desafio Político-Econômica Brasileiro no Contexto Latino-Americano. In Congresso Nacional dos Sociólogos: 9, São Paulo, 1992, ANAIS, São Paulo, SINSESP, 1994, p.75-84.

1995 O Federalismo Frente ao Desafio da Globalização [apresentado no Seminário Internacional sobre Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil, São Paulo, FUNDAP/IESP, 1995] (mimeografado).

FLEURY, M. T. L. & FISCHER, R. M

1989 Cultura e Poder nas Organizações, São Paulo, Atlas, 1989.

FOUCAULT, Michel

1982 Microfísica do Poder. 3ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal.

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

1983 Sistema Nacional de Saúde e sua implantação no Estado de São Paulo: avaliação e alternativas do ponto de vista político-organizacional -1975/1980, Relatório de Pesquisa, JUNQUEIRA, Luciano A. Prates (coord.) São Paulo, FUNDAP, v 6, mimeo.

1984 Formato Institucional para a Secretaria executiva do Programa Metropolitano de Saúde: Alternativas, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

1985a Diagnóstico da Secretaria: Nível Central e Regional. Relatório Final de Projeto. Assessoria Técnica à Secretaria da Saúde, São Paulo, FUNDAP, v.1 mimeo.

1985b Modelo de Centro de Saúde Municipalizado: proposta. Relatório Final de Projeto. Assessoria Técnica à Secretaria da Saúde, São Paulo, FUNDAP, v.3, mimeo.

1986 Relatório da Consultoria à Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde. São Paulo, FUNDAP, mimeo.

1987 Reorganização da Secretaria – Modelo Assistencial e a Organização dos Centros de Saúde. Relatório Final da Consultoria à Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, FUNDAP, v.7, mimeo.

1989 Relatório Final do Projeto de Assessoria ao CONASS para Avaliação do SUDS: Encontros Regionais, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

1990 Programa Decenal para o Setor Social do Estado de São Paulo – Saúde, Luciano A. P. Junqueira (coord,) São Paulo, FUNDAP.

1991 Relatório Final do Projeto de Assessoria ao Ministério da Saúde para implementação do Pro-Saúde, São Paulo, mimeo.

1991 Saúde no Brasil: Perspectivas para a Década dos 90. JUNQUEIRA, L.A.P. et al. Documento de Trabalho, São Paulo, FUNDAP.

1992 Avaliação da Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em São Paulo-SUDS-SP, LIMA, M.H.C. (coord) Relatório de Pesquisa, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

FUNDAP & SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

1984 Programa Metropolitano de Saúde: 1ª Fase, Documento Técnico. São Paulo, v. 1.

GIDDENS, Anthony

1991 As consequências da modernidade. São Paulo, Editora UNESP.

GODOY, Arilda S.,

1995a Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. Rev. Adm. Emp., São Paulo, v. 35, n. 2, mar/abr.: 57-63

1995b Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. Rev. Adm. Emp., São Paulo, v. 35, n. 3, mai/jun. : 20-29.

GONÇALVES, Ricardo Bruno M.

1991 A Saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 5(1): 99-106.

GOODE, W. J. & HATT, P. K.

1979 Métodos em pesquisa social. 7ª ed. São Paulo, Ed. Nacional.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

1987 A Batalha da Saúde no Governo Montoro. São Paulo, PW.

GUIMARÃES, Paulo Cesar Vaz

1993 Um estudo sobre o Banco Mundial e o desenvolvimento municipal. São Paulo [Dissertação de Mestrado- Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas].

HABERMAS, J.

1984 Mudança estrutural da esfera pública. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro

1987 A nova intransparência: a crise do Estado de Bem-Estar Social e o esgotamento das energias utópicas. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo, 18: 103-114.

HALL, Richard H.

1973 Organizaciones: Estructura Y Proceso. New Jersey, Ed. Prentice/Hall.

HIRSCHMAN, Albert

1973 Saída, voz e lealdade: reações ao declínio de firmas, organizações e Estados. São Paulo, Perspectiva.

HOBSBAWM, Eric

1995 O Século Radical. Folha de S. Paulo, (Caderno Mais, Entrevista a Otávio Dias, São Paulo, 27 jul. 1995, p.7-8).

IBANEZ, N. & VIANA, A. L.

s.d. Programa Metropolitano de Saúde: Estratégias de Implantação em São Paulo.
In Programa Metropolitano de Saúde, São Paulo, PMS, p.13-22.

INOJOSA, R. M., LIMA, M. H. Castro & PANNUNZIO, A.

1988 Perspectivas institucionais da descentralização na saúde. Documentos de Trabalho, 24. São Paulo, FUNDAP.

IYDA, Massako

1994 Cem anos de Saúde Pública – A cidadania negada. São Paulo, Ed. UNESP.

JACOBI, Pedro

1989 Movimentos Sociais e Políticas Públicas. São Paulo, Cortez.

1993 “Descentralização” In: Fundação Escola Nacional de Administração Pública.
Estrutura e Organização do Poder Executivo, Brasília, ENAP.

JUDSON, Arnold S.

1976 Relações Humanas e Mudanças Organizacionais. Rio de Janeiro, Ed. Atlas.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates

1983a A gestão de recursos humanos na Secretaria da Saúde. Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):87-95.

1983b Organizações Públicas que atuam no Setor saúde em São Paulo. Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7): 12-24.

1987 Organização e Prestação Pública dos Serviços de Saúde. Cadernos FUNDAP, São Paulo, 13:52-56.

1991 Organizações Públicas e a Gestão das Políticas Sociais, São Paulo, FUNDAP, mimeo.

1992 Mudança Organizacional no Setor Público de Saúde: Delineamento de uma Metodologia, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 26(2):139-44.

1994 A Intersetorialidade da Ação Social. Boletim de Conjuntura Política Social. São Paulo, FUNDAP, 15: 40-42.

JUNQUEIRA, L. A. P. et al

1992 Gestão Pública no Setor Saúde: um plano estratégico. Documentos de Trabalho, 14, São Paulo, FUNDAP.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates e INOJOSA, R. M.

1990 Descentralização do Modelo de Prestação dos Serviços de Saúde de São Paulo, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 24(4):7-25.

1993 Democracia e descentralização. Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro, 40(207):86-90.

1995a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Situação e Mudança, São Paulo, FUNDAP (mimeo).

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates e INOJOSA, R. M.

1995b O processo de municipalização na política de saúde em São Paulo. São Paulo, FUNDAP, (mimeo).

KLIKSBERG, Bernardo

1988 A Gerência na Década de 90, Administração Revista de Pública, Rio de Janeiro, 22(1):59-85.

1990 Como será a gerência na Década de 90 [apresentado na Reunião de Diretores de Centros e Programas Permanentes de Investigação 1, México, 5 a 7 de dez. de 1990].

1994 Redesenho do Estado para o desenvolvimento sócio-econômico e a mudança: uma agenda estratégica para discussão, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 28(3):5-25.

LENHARDT, G. e OFFE, Claus

1984 Teoria do Estado e política social: tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social. In: OFFE, C. Problemas Estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 386, p.10-50.

LESSA, Carlos

1988 Experiências de Políticas Sociais no Brasil, Desenvolvidas na Década dos 80.[Conferência proferida na FUNDAP, São Paulo, em 1/12/1988, ed. de SAUVEUR, G.].

LOBO, Thereza

1988 Descentralização – Uma Alternativa de Mudança. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 22(1):14-24.

1990 Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, 74.

MADDICK, H.

1966 Democracia, Descentralização e Desenvolvimento. Rio de Janeiro, Forense.

MAGALHÃES, Rafael de A.

1987 [Discurso Pronunciado na Cerimônia da Abertura Conferência Nacional de Saúde 8: 1986, ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde].

MALIK, Ana Maria

1995 Qualidade em Serviço de Saúde: Setor Público e Privado. Cadernos FUNDAP, São Paulo, 19:7-24.

MANZINI COVRE, Maria de Lourdes M. (org.)

1983 A Fala dos Homens: Análise do Pensamento Tecnocrático. São Paulo, Brasiliense.

MANZINI COVRE, Maria de Lourdes M.

1986 A Cidadania que não temos. São Paulo, Brasiliense.

MARTINS, Carlos Estevam

1994 O circuito do poder: democracia, participação, descentralização. São Paulo, Entrelinhas.

MARTON, Ana Maria et alii

1983 Regionalização dos serviços de saúde no Brasil, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 17(3):21-149.

MATTUS, Carlos A. de

1990 La Decentralizacion: Una nueva panacea para impulsar el desarrollo local? Cuadernos de Economia, Bogotá, 14: 173-194.

MÉDICI, André C.

1994 Gastos com Saúde nas três esferas de Governo -1980-1990. In: VIANNA, S. M. et al. Financiamento da Saúde no Brasil. Brasília, OPAS/OMS, p.15-25.

MENDES, Eugênio V.

1987 Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde – Visão Geral. [Conferência Nacional de Saúde 8:1986, ANAIS, Brasília, Ministério da Saúde].

1993 As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In MENDES, Eugênio V. (Org.) – Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, ABRASCO HUCITEC, p.19-92.

MERHY, Emerson E.

1989 Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. Planejamento sem Normas, São Paulo, Hucitec.

METCALFE, L. & RICHARDS, S.

1989 La Modernizacion de la Gestion Publica. Madrid, Instituto Nacional de Administracion Publica.

MOTTA, Paulo Roberto

1987 Modernização Administrativa: propostas alternativas para o Estado Latino-Americano. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 21(4):94-117.

1989 Gerência de idéias novas: como despertar a criatividade e vencer a impotência do desejo inovacional? Revista Administração Pública, Rio de Janeiro, 4.

MOTTA, Paulo Roberto

- 1991 Gestão Contemporânea: a Ciência e a Arte de Ser Dirigente. 2ª ed. Rio de Janeiro, Record.
- 1993a Desafios na Gestão Pública Contemporânea: a questão da participação e da descentralização. [Workshop Democracia e Fortalecimento Institucional, Maputo, FUNDAP/ASDI/Ministério da Administração Estatal de Moçambique, 29 jun. a 9 jul. 1993] (mimeo).
- 1993b Políticas e estratégias para o desenvolvimento da administração pública, [Workshop Democracia e fortalecimento institucional, Maputo, FUNDAP/ASDI/Ministério da Administração Estatal de Moçambique, 29 jun. a 09 jul. 1993] (mimeo).
- 1994 Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 28(3):174-94.

NOGUEIRA, Marco Aurélio

- 1990 Reforma Administrativa e Reforma do Estado Araraquara, Faculdade de Ciências e Letras, UNESP (mimeo).

NOGUEIRA, Roberto Passos

- s.d. O Processo de Produção de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, ENSP (mimeo).

NOVAES, Humberto de Moraes

- 1990 Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS: Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina. São Paulo, PROAHSA/Pioneira.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP

- 1989 Brasil 1987: Relatório sobre a situação social do país. Campinas: NEPP/UNICAMP.
- 1991 Educação, Saúde e Atenção ao Menor no Estado de São Paulo: Uma Avaliação dos Serviços Públicos Estaduais – Relatório Final, Convênio FECAMP/CEPAM, NEPP, Campinas, 4.

OFFE, Claus

- 1983 A Democracia Partidária Competitiva e o Welfare State Keynesiano: Fatores de Estabilidade e Desorganização. DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 26(1):29-51.

OLIVEIRA, Ana Maria F.

- 1995 Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana: o Caso de Campinas [Tese – Doutorado, Campinas: Instituto de Economia da Universidade de Campinas] (mimeo).

OLIVEIRA, Carlos Alonso de

1986 Limites Econômicos da Descentralização. Textos para Discussão 2, São Paulo, IESP/FUNDAP.

OLIVEIRA, Francisco de

1994 Políticas Sociais: da carência ao direito do cidadão. Boletim de Conjuntura. Política Social, São Paulo, 14:44-46.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

s.d. Participacion Social en los Sistemas Locales de Salud, série Desarrollo de Servicios de Salud, 18.

1987a Propuesta de Apoyo al Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y al Proceso de Decentralizacion en los Paises de la Region de las Américas, Washington, OPS/OMS.

1987b Descentralizacion y Silos, Washington, Organizacion Panamericana de la Salud/OMS.

PAGANINI, José María

1991 Los Desafios de los Servicios de Salud en la Década del Noventa.[In Seminario-Taller sobre Descentralizacion de los Servicios de Salud, Quito 28 mai a 01 set. 1991, CLAD/OPS Gobierno EQUADOR, p.41-60].

PRATS, Yves

1973 Décentralisation et Développement. Paris, Editions Cujas.

PRETECEILLE, Edmond

1987 La descentralization: pour quoi, por quoi? Politique Aujourd'hui, Paris, nº 2.

PRZEWORSKI, Adam

1989 Capitalismo e Social Democracia. Trad. Laura T. Motta. São Paulo, Cia. das Letras.

REZENDE, Fernando.

1995 Descentralização e Desenvolvimento: Problemas Atuais do Financiamento das Políticas Públicas [In: Seminário Internacional sobre Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil. São Paulo, FUNDAP/IESP, 1995] (mimeografado).

ROFMAN, Alejandro

1990 Aspectos Conceptuales sobre Descentralización Político-administrativa en America Latina [In: Seminario-Taller sobre: Descentralización de los Servicios de Salud, como Estrategia para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, Quito, 28/5 a 01/6/1990, Anais:13-40}.

RONDINELLI, Dennis A.

1981 Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries. International Review of Administrative Sciences, 47(2).

1983 Decentralization in Developing Countries, World Bank [World Bank Staff Working Papers, nº 581, Management and Development Series, 8].

ROSANVALLON, Pierre

1981 Estado do Bem-Estar Social e Sociedade Solidária. Trad. Ricardo Coelho. In ROSANVALLON, P. La crise de l'Etat Providence. Paris, Ed. Seuil.

SÁ, Evelin N. de C.

1978 Uma experiência de reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 1978].

SÁ, E. N. de C. & DIMITROV, P.

1993 Funções da Secretaria de Estado da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo, Saúde e Sociedade, 2 (2):1-22.

SANTOS, Nelson R.

1994 O Sistema Único de Saúde: Realizando a Utopia sem Perder a Utopia. Saúde em Debate. Londrina, 43:64-69.

SANTOS, Wanderley G. dos

1979 Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro, Ed. Campus.

1979 Centralização Burocrática e Renovação de Elites. In Estudo Preliminar sobre a administração federal descentralizada. Rio de Janeiro (mimeo).

SAUVEUR, Giselda B. G. de Araújo

1983a O Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde em São Paulo: um novo modelo ou os desdobramentos da reforma administrativa de 1969? Cadernos FUNDAP: Análise de Políticas Públicas, São Paulo, 3(6):59-70.

1983b A reforma Administrativa Federal nos Anos 60 e seus desdobramentos em São Paulo. Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):60-71.

SCHRAIBER, Lília Blima (org.)

1990 Programação em saúde hoje. São Paulo, Hucitec.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1979 Projeto de Assistência Médico-Sanitária Integral: conglomerado São Mateus – São Paulo. São Paulo.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 1981 Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo. São Paulo (mimeo).
- 1982 Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos da Saúde da Grande São Paulo. Síntese. elaborado pela Comissão Especial para Expansão da Rede de Saúde na RMSP. São Paulo.
- 1987 Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização e funcionamento, São Paulo, SES/FUNDAP.
- 1991 Saúde o Desafio da Mudança, Relatório de Gestão, São Paulo.

SILVA, Pedro Luiz B.

- 1983 A Política de Saúde no Brasil de suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese. Cadernos FUNDAP. Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):4-11.
- 1995 Políticas Sociais: Descentralização para mais Eficiência e Equidade [Seminário Internacional sobre Impasses e Perspectivas da Federação no Brasil, FUNDAP/IESP, São Paulo, mai. 1995] (mimeo).

SPINK, Peter

- 1989 Reforma administrativa – modelos e processos: uma outra administração para o desenvolvimento, São Paulo: FUNDAP, mimeo.
- [s.d.] Pesquisa-Ação e a Análise de Problemas Sociais e Organizacionais Complexos, Psicologia, 5(1):31-44.

TANAKA, Oswaldo Y.

- 1991 A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo, Saúde em Debate, nº 33, p.73-79.

TEIXEIRA, Sonia M. Fleury

- 1987 O dilema reformista na reforma sanitária. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 21(4):31-61.
- 1990 Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 24(2).
- 1991 Avaliação comparativa das ações integradas de saúde. Divulgação em Saúde em Debate, p.78-81.

THIOLLENT, Michel

- 1983 Problemas da Metodologia in FLEURY, A. C. e VARGAS, N. (org.), Organização do Trabalho, São Paulo, Atlas.
- 1985 Metodologia e Pesquisa-Ação. São Paulo, Cortez.

TOBAR, Frederico

- 1991 O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, 1(5): 3-51.

UNGLERT, Carmem Vieira de Sousa

1990 O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde, Revista de Saúde Pública, São Paulo, 24(6):445-451.

VIANA, Ana Luiza d'Avila

1994 Sistema e Descentralização – a Política de Saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: Formação e Tensões. [Tese de Doutorado, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 1994].

VIEIRA, Paulo Reis

1971 Em Busca de Uma Teoria de Descentralização. [Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas].

1979 Descentralização e Cobertura de Saúde, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 13(4):63-70.

WEBER, Max

1963 Ensaio de Sociologia, Rio de Janeiro, Ed. Zahar.

WEFFORT, Francisco C.

1990 América Latina: Sistema Político e Desenvolvimento Econômico [texto preliminar apresentado no Seminário Estado, Economia e Saúde, Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2 a 6 jul. 1990].

WEFFORT, Francisco C. et al

1981 Direito, Cidadania e Participação. São Paulo, T. A. Queiroz.

WOHLAND, Milan

1983 O Gasto dos órgãos da Administração Pública em Saúde e Saneamento no estado de São Paulo – 1978/80, Cadernos FUNDAP: Administração e Política da Saúde, São Paulo, 3(7):25-59.

ZIONI, Fabíola

1994 Pesquisa participante: relato e avaliação de uma experiência. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994].

8.1. LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS NORMATIVOS²¹⁹

BRASIL. Constituição

Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Leis, Decretos, etc.

Decreto nº 94.657 de Julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados SUDS. Lex – Coletânea de Legislação. São Paulo, ano 51, p. 446.

Lei nº 6.168 de 9 de dezembro de 1974. Cria o Fundo de apoio do Desenvolvimento Social – FAS. Lex – Coletânea de Legislação, São Paulo, ano 38, p.1124-1125.

Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre organização do sistema Nacional de Saúde. Lex – Coletânea de Legislação, São Paulo, ano 39, p.427-431, jul./set.

Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Lex – Coletânea de Legislação, São Paulo, ano 54, p.1060-1073.

Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Lex – Coletânea de Legislação, São Paulo, ano 54, p.1463-1465.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS.

Exposição de Motivos dos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social ao Projeto de Decreto de criação do SUDS, 13/07/87, publicado no Diário Oficial de 21/07/87.

Portaria da Presidência do INAMPS nº 250/90, D.O.U. 12/03/90.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Educação

Portaria Interministerial nº 1/85, 7 de junho de 1985.

BRASIL, Ministério da Saúde.

Portaria Ministerial nº 545 de 20/05/93, "Sistema Único de Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" Anexo Único: Norma Operacional Básica nº 1/93. D.O.U. 24/05/93.

BRASIL, Ministério da Saúde.

Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da norma operacional básica – SUS 01/93. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, v. 131, nº 6961-6965, 24 maio 1993. Seção 1.

²¹⁹ Nem toda a legislação e atos normativos fazem parte desta bibliografia. O restante encontra-se citado nos rodapés.

SÃO PAULO, CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, Promulgada em 1989.

SÃO PAULO, Decreto Estadual nº 52.182 de 16/07/69.

SÃO PAULO, Decreto Lei Estadual de 02/10/69.

SÃO PAULO, Lei Complementar nº 204, de 20 de dezembro de 1978.

SÃO PAULO, Decreto Estadual nº 13.350, de 9/03/79.

SÃO PAULO, Decreto Estadual nº 13.640, de 04/07/79.

SÃO PAULO, Decreto Estadual nº 21.862 de 29/12/83.

SÃO PAULO, Decreto Estadual nº 23.195 de 01/02/1985.

SÃO PAULO, Decreto Estadual nº 27.140, de 30 de julho de 1986.

SÃO PAULO, Decreto Estadual nº 27.569, de 10 de novembro de 1987.

SÃO PAULO, COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE.

Resolução CIS nº 31, de 06/1987.

Resolução CIS nº 36, de 30/06/1987.

Resolução CIS nº 38, de 30/06/1987.

Resolução CIS nº 40, de 30/06/1987.

Resolução CIS nº 44, de 08/87.

Resolução CIS nº 55, de 05/09/1987.

Resolução CIS nº 56, de 05/09/1987.

Resolução CIS nº 57, 28/08/87.

Resolução CIS nº 3, de janeiro de 1988.

Resolução CIS nº 12, de 05/03/1988.

Resolução CIS nº 16, de 31/03/1988.

Resolução CIS nº 17, de 31/03/1988.

Resolução CIS nº 22, de 21/04/1988.

Resolução CIS nº 28, de 03/06/1988.

Deliberação CIS nº 54, de 14/06/89.

SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE:

Resolução SES nº 231 de 15/07/1987.

Resolução SES nº 219 de 07/08/1987.

Resolução SES nº 221 de 29/12/1988.

Resolução SES nº 225 de 29/12/1988.

Resolução SES nº 226 de 29/12/1988.

TERMO DE COMPROMISSO INTERINSTITUCIONAL, firmado em 21/5/87 para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em São Paulo, entre o MPAS, o MS e o Governo do Estado de São Paulo, com interveniência do MEC.