

REFORMA OU CONTRA-REFORMA NA PROTEÇÃO SOCIAL À SAÚDE

PAULO EDUARDO ELIAS

O período que se inicia após a Segunda Guerra inaugura uma nova era, caracterizada pelo enorme desenvolvimento científico e tecnológico e por mudanças nas estruturas sociais, causando grande impacto nos bens sociais disponíveis. Neste período se consolida um padrão de proteção social nos países capitalistas centrais que, impulsionado pelo keynesianismo e pelo socialismo vigente no Leste europeu, se consagra sob a denominação de Estado de Bem Estar Social.

Este vigoroso movimento sacode as velhas estruturas de proteção social impondo-lhes substanciais reformas, cujo principal sentido é o de promover a inclusão social sob a égide de um Estado provedor das condições mínimas de subsistência. Disto resulta um vigoroso programa de políticas sociais, que concorre para a consolidação da cidadania e a efetivação de um novo patamar para os direitos sociais.

Nos países capitalistas periféricos este movimento repercute desigualmente, em função das especificidades presentes em cada um deles; no entanto, em todos eles se apresenta um padrão mitigado frente ao movimento originário. Deste modo, desenvolvem-se sistemas de proteção específicos geralmente vinculados ao mercado formal de trabalho, compondo na maioria das vezes sistemas previdenciários solidários sob a égide do sistema de repartição simples.

Nesta época o termo reforma tinha o significado de efetivamente buscar minimizar as desigualdades econômicas e sociais produzidas pelo capitalismo. Dessa forma, no plano etimológico, reforma e revolução constituíam elementos polares, que guardavam entre si uma relação de distinta radicalidade na busca da inclusão social e na melhoria das condições sociais para grandes contingentes da população. Assim, no plano político,

à revolução se associava a organização social de tipo socialista vigente no Leste Europeu, enquanto que o reformismo prevalecia no mundo capitalista do Ocidente. Vale destacar que as reformas em curso nos países capitalistas centrais também significaram um movimento na direção à desmercantilização da força de trabalho em prol de inscrever o acesso à saúde, à educação, à moradia e a renda mínima necessária para a sobrevivência, no rol dos direitos sociais.

Contudo, a partir da década de 60 começam a aparecer os primeiros sinais de crise nos Sistemas de Bem Estar Social e no paradigma econômico keynesiano que o sustentava, resultando numa série de ajustes na seguridade social. Os anos 70 representam o ápice desse processo de ajustamento, tendo como principal diretriz a estrita obediência aos princípios da racionalidade econômica, em detrimento dos impactos sociais por ele produzidos. Neste momento as forças políticas e econômicas dominantes questionam intensamente algumas das importantes conquistas sociais do período reformista do pós-guerra. Deste modo, este processo, que em graus variáveis perpassa os países do capitalismo central, se configura como um verdadeiro movimento de contra-reforma empenhado em subtrair direitos sociais consagrados no padrão do Welfare State.

Já na periferia do capitalismo, que sequer chegou a constituir algo assemelhado a um Estado de Bem Estar Social, o impacto desta onda contra-reformista se faz sentir somente na década de 80. Dadas as características sócio-econômicas vigentes nas sociedades capitalistas periféricas e as possibilidades que se lhes apresentam para a inserção no processo de globalização em curso, os efeitos deste movimento de contra-reforma social abalam profundamente as estruturas do mundo do trabalho e dos sistemas de proteção social a eles associados. O objetivo último desta concertação é o de atingir o padrão de proteção social fundado na solidariedade redistributivista e na consagração de um patamar de acesso a um conjunto de bens sociais identificados no mundo desenvolvido com os padrões de cidadania.

Deste modo, no plano conceitual, o termo *reforma*, que desde o início do século se constituiu como um polo do processo de mudança com vistas a efetivar melhorias sociais sob o capitalismo, alcança o fim de século não só tendo subtraído seu par antagônico — a revolução — mas sobretudo completamente esvaziado em seu sentido inicial em prol da inclusão social, na busca de se minimizarem os efeitos sociais mais deletérios do capitalismo.

Neste sentido, a atualidade recoloca a qualificação do termo, que passa a apresentar conotação significativamente diversa daquela que lhe era atribuída no pós-guerra. Assim, no plano das políticas sociais, re-

forma passa a significar a revisão radical do acesso a certos bens sociais requeridos pela efetivação dos direitos sociais em troca do império da racionalidade e da globalização das economias nacionais. Em termos sociais mais estritos este movimento se configura muito mais como uma contra-reforma social do que propriamente como uma mobilização reformadora, pelo menos no sentido político, histórico e social que este termo apresentou durante grande parte desse século muito apropriadamente denominado por Hobsbawm “a era dos extremos”.

AS CONCEPÇÕES DA REFORMA

No Brasil, o discurso da Reforma Sanitária é constituído, na década de 70, a partir de uma pequena parcela de intelectuais universitários da área da saúde, realizando suas primeiras experiências concretas através de projetos institucionais bem delimitados voltados para a atenção primária para populações rurais (tais como Montes Claros e Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS). A difusão do ideário reformista para a sociedade dá-se principalmente através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), entidade constituída em 1976 a partir da iniciativa de filiados ao então Partido Comunista Brasileiro (PCB), atingindo assim parte dos profissionais — aqueles mais identificados com a temática sanitária — e, posteriormente, representantes das centrais sindicais (quase exclusivamente profissionais de saúde) e alguns parlamentares (grande parte deles vinculados profissionalmente à saúde). Convergem para estes setores representantes dos movimentos populares de saúde, no geral dependentes da permeabilidade do poder executivo à participação social para poderem manter-se atuantes, e algumas entidades associativas de profissionais de saúde. São estes setores que basicamente constituem o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, e que terão grande atuação durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e no período pré e pós Assembléia Nacional Constituinte. Segundo Teixeira (1988:201), parte dos profissionais que se “filiavam” ao Movimento da Reforma Sanitária ocuparam postos importantes na estrutura do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sobretudo na década de 80, com o objetivo de implementar o ideário da Reforma Sanitária. Deste modo, em 1988, pela primeira vez a saúde é contemplada na Constituição com uma seção exclusiva no Capítulo da Seguridade Social.

Contudo, não obstante esta vinculação constitucional, a Reforma Sanitária brasileira institucionaliza-se enquanto uma mitigada política

de governo restrita aos aparelhos institucionais da saúde, o Ministério da Saúde à frente. Conseqüentemente, torna-se uma ação de governo sujeita às vicissitudes e constrangimentos comuns a esse tipo de situação, abrangendo desde aspectos mais conjunturais, tais como o grau de prioridade política e a destinação de recursos financeiros para o setor, até problemas de ordem mais estrutural do Estado brasileiro, como as questões conexas referentes ao papel do Estado e ao pacto federativo vigente (Reis 1993).

Em conseqüência, a condução das ações governamentais relativas à saúde torna-se vulnerável à composição das forças políticas que momentaneamente governam e dos interesses quase sempre mais imediatos que representam ou buscam articular. Como exemplo, tem-se o fato de que decorridos sete anos da aprovação da legislação complementar do Sistema Único de Saúde, ainda sequer se procedeu à adequação da estrutura administrativa do Ministério da Saúde às novas diretrizes previstas naqueles diplomas legais, bem como a descentralização prevista vem sendo implementada há apenas quatro anos, e de forma restrita e desvinculada de um projeto mais amplo para o setor saúde.

Nestes termos, a reforma sanitária brasileira não se configura como uma esfera de ação preferencial do Estado, e portanto como uma política de Estado, mas sim como um ato de interesse dos governos. E a principal hipótese para explicar esta ocorrência remete ao tema recorrente da fragilidade da participação política em nosso meio, do qual a fraqueza das estruturas partidárias é decorrência e não causa, resultando na rarefação de partidos políticos mais orgânicos e ideológicos (Souza, 1976:33,34). Deste modo, a mediação entre Estado e sociedade flui através de outros mecanismos, como por exemplo diretamente por determinados segmentos sociais, que representando interesses setoriais cumprem o papel de mediação frente ao Estado e interferem na formulação e implementação das políticas de governo.

No caso das políticas sociais, e particularmente nas de saúde, contudo, tais mecanismos não têm sido suficientes para conformar as demandas sociais em políticas de Estado, isto é, políticas de natureza mais permanentes e estáveis, diversas daquelas implementadas pelos governos, e que pela sua própria natureza temporal se revelam instáveis e transitórias.

Em síntese, a leitura atenta das contribuições sobre o processo de reforma sanitária brasileira permite apontar a dominância de um certo padrão de concepção do Estado de tipo modernizador, com forte viés autoritário, com a área da saúde à frente do sistema de seguridade social, e mais recentemente emergindo a nuance de um Estado não necessariamente produtor de serviços, mas com forte traço regulador dos mesmos.

Este tipo de abordagem induz a questionamentos sobre a base social de apoio de um Estado assim concebido, bem como sobre quais os setores sociais que respondem pela construção da hegemonia dessa concepção. No Estado nacional-desenvolvimentista modernizador esse papel é atribuído à burguesia industrial, enquanto no caso representado pela concepção reformista este papel é reservado privilegiadamente à tecnoburocracia estatal “bem intencionada” e/ou ao poder dos movimentos sociais organizados.

ESTADO, SAÚDE E EQÜIDADE

Ainda que por força constitucional a saúde seja concebida como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos, implicando o princípio da igualdade frente às ações e serviços requeridos para a manutenção/reparação da sua saúde, na situação brasileira, em que impera profunda desigualdade social, o preceito de *igualdade* para ser substancialmente aplicado exige o concurso de *equidade*. Caso contrário, dada a profunda heterogeneidade dos padrões de reprodução social, o tratamento apenas igualitário significará na prática a manutenção das dinâmicas sociais iníquas. Deve-se ainda assinalar que o advento do binômio *igualdade/equidade* implica a noção da *solidariedade* entre os diversos segmentos sociais, em que as ações estatais orientam-se pela transferência de recursos financeiros e materiais da parcela melhor aquinhoadada para aquela mais excluída. E, deste modo, busca-se, se não erradicar, pelo menos minimizar significativamente as desigualdades e a exclusão sociais.

No entanto, a onda econômica neoliberal, originada na década de 80 nos países centrais — inicialmente na Inglaterra e Estados Unidos da América — dissemina-se pelo mundo capitalista alcançando os países periféricos, entre os quais o Brasil, e promovendo a difusão de uma nova concepção de políticas públicas, em que estas perdem suas identidades sob o domínio da política macroeconômica, resultando no abandono de seus objetivos igualitários (Fiori, 1995). Ao referir-se a este processo nos países capitalistas centrais, este autor assinala que no plano moral e ideológico generalizou-se o abandono do Welfare State pela eficiência, competitividade e equilíbrio macro econômico, jogando-se pela janela qualquer princípio de solidariedade. Apesar de traduzir-se diferentemente em cada um desses países — dadas as suas particularidades sociais, políticas e culturais — considerando-se as concepções que a fundamentam, dentre elas a rígida contenção de gastos pelo Estado, um de seus alvos mais freqüentes tem sido as políticas sociais, entre as quais as de saúde. Em decorrência, no caso da saúde, as formas de organização e de financiamento dos siste-

mas nacionais de saúde são eleitos como aspectos centrais destas políticas. Mais uma vez, as conseqüências da adoção desse ideário frente às particularidades da situação brasileira, principalmente a ausência de um Welfare State que atue como um conjunto articulado de políticas sociais de caráter redistributivo, amortecendo portanto os impactos socialmente devastadores das políticas econômicas de perfil neoliberal, geram situações extremamente perversas, em que a obsessão pelo equilíbrio fiscal sacrifica as políticas sociais.

Deste modo a questão da saúde é reuniversalizada, agora porém numa vertente predominantemente economicista e no âmbito das mudanças da nova ordem econômica mundial¹, em que às políticas sociais resta apenas o caminho da eficiência, da eficácia e da privatização (Laurell; Arellano, 1996).

Trata-se, portanto, de melhor caracterizar o papel reservado ao Estado na organização dos serviços de saúde; isto significa evidenciar as relações público/privado nas diferentes situações concretas que configuram os sistemas de saúde, e desvendar as concepções de Estado a elas subjacentes. A título de ilustração, toma-se o *Informe do Banco Mundial* ao recomendar para os países em desenvolvimento a adoção de um sistema de saúde em que compete ao Estado a responsabilidade pela universalização da assistência básica à saúde, produzindo serviços próprios ou em parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs). E a assistência especializada dependente da incorporação tecnológica de maior vulto seria prestada pelo setor privado, com financiamento por modalidade de seguro privado do tipo pré-pagamento de serviços. À operacionalização deste tipo de sistema corresponderá a formulação e implementação de uma política de saúde voltada para o desenvolvimento governamental na atenção básica, seja através de serviços próprios ou em parceria com as ONGs, e de direcionar incentivos de natureza diversa ao setor privado, para que ele atue na atenção de maior grau de especialização, mais dependente de incorporação tecnológica.

Esse exemplo, tomado das orientações do Banco Mundial, denota claramente as relações de determinação entre as políticas de saúde, a organização de serviços e as concepções subentendidas do papel do Estado: a um Estado provedor da assistência básica universalizada e incentivador do setor privado na assistência especializada corresponde uma política de saúde que garanta serviços básicos para toda a população, e serviços es-

¹ Para maior aprofundamento da relação entre economia e política e da emergência da nova ordem econômica mundial consultar o notável trabalho de Karl Polany "A grande transformação", especialmente o capítulo 21.

pecializados na dependência de modalidades de financiamentos individuais ou coletivos. A implementação desta política para o setor, por sua vez, termina por delimitar as formas de organização dos serviços de saúde. E, ainda nesta situação, a regulação estatal se dá no sentido de resguardar os serviços básicos frente ao processo de capitalização do setor saúde, reservando-os à produção estatal ou não lucrativa, e conservando a produção dos serviços especializados como área de reprodução do capital. Já no caso brasileiro, começam a aparecer algumas adaptações a este ideário. Assim, o governo estuda proposta de instituir um fundo, possivelmente com recursos orçamentários dos diversos entes federados, para custear os procedimentos de alta complexidade realizado pelo Sistema Único de Saúde (hemodiálise, internações longas em unidades de terapia intensiva, transplantes, cirurgias cardíacas, dentre outros) que respondem por cerca de um terço dos gastos anuais do SUS com serviços de saúde, o equivalente a cerca de R\$ 3 bilhões (*Gazeta Mercantil*:1997).

Vale assinalar a engenhosidade política e econômica deste modelo proposto pelo Banco Mundial, que, ao contemplar um *mix* público/privado na sua estruturação, garante simultaneamente a universalização dos serviços básicos — satisfazendo minimamente parte das necessidades sociais de saúde — e a regulação de mercado para o acesso aos serviços mais especializados, respondendo assim aos interesses dos agentes econômicos. No entanto, um sistema com esta configuração submete os serviços especializados às forças de mercado, e segmenta a sua oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário. Em relação a este tema, ao analisar a situação chilena, Vergara (1994:56) afirma que “as forças de mercado, ainda que num contexto de crescimento do produto e de desaceleração inflacionária, não logram trazer uma contribuição efetiva para uma maior equidade social, na medida em que não contribuem para reduzir as desigualdades sociais”. Não obstante, este é o modelo sutilmente sugerido pelo Banco Mundial em seu *Informe* como tecnicamente mais adequado para a implementação de políticas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento.

No caso brasileiro o papel desempenhado historicamente pelo Estado no Sistema de Saúde tem sido o de organizar os consumidores, direcionar o financiamento e o de conciliar os interesses estruturados em torno da saúde, sobretudo daqueles articulados com os produtores privados seja de serviços, insumos ou equipamentos. Vale destacar que o Estado brasileiro logrou apresentar grande competência no desenvolvimento das políticas correspondentes ao seu papel no setor saúde. Não obstante as mudanças ocorridas nos últimos anos, que apesar das suas diversas repercussões praticamente não alteraram o modelo de Estado voltado para os

interesses privados e com baixa capacidade de regulação, configurou uma (des)organização dos serviços de saúde com distintas formas de articulação entre os setores público e privado direcionados para ocupar certos níveis da assistência. E desse modo, ao invés de um único sistema, conformam-se dois ou mais sistemas de saúde, que segmentam a assistência segundo vários critérios, sendo o principal deles a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica. Em relação a este último, ele resultou na institucionalização de um modelo dual de bem estar social (Vergara, 1994:46), em que, de um lado, os trabalhadores dos setores econômicos de ponta, e partícipes do processo de globalização econômica, ao lado das elites e dos setores dos estratos médios e altos da sociedade são cobertos pelo sistema privado de saúde; e de outro lado, subjaz uma ampla massa de trabalhadores vinculados aos setores economicamente atrasados, e as camadas dos estratos médios empobrecidos, junto com os socialmente excluídos - os desempregados e os subempregados -, dependentes de um sistema público de saúde cada vez mais deficitário quanto ao atendimento e ao acesso, e portanto socialmente injusto.

Quanto às bases de seu financiamento, verifica-se uma enorme dependência dos fundos públicos, sendo que a esfera federal se constitui como principal provedor de recursos (pela arrecadação das contribuições compulsórias que incidem sobre a folha de salários, a produção e o lucro empresarial) centralizando o seu controle, apesar da reforma tributária advinda do novo pacto federativo consubstanciado pela Constituição de 1988 (Afonso, 1995). Se na situação chilena “os neoliberais não lograram dismantelar nem privatizar os serviços estatais de educação e saúde ...” (Vergara, 1994:47), no caso brasileiro esta questão sequer se coloca, dada a expressividade do setor privado da saúde na assistência hospitalar e o crescente grau de dependência do Estado dos produtores privados de serviços de saúde. Assim, da perspectiva de seu financiamento, configura-se uma situação de indefinição, em que o sistema vigente no Brasil não se caracteriza por sustentar-se nos recursos fiscais (sistema público universalista) ou exclusivamente nas contribuições calculadas sobre as folhas de salário (sistema de tipo seguro, segundo a lógica de mercado, e portanto não universalista mas meritocrático). E, na prática, nem o sistema público (SUS) comporta-se como universalista, dadas as enormes dificuldades que enfrenta quanto à cobertura e ao acesso aos serviços, nem o sistema privado (complementar/supletivo) comporta-se genuinamente como modalidade seguro, dados os incentivos fiscais do Estado e os subsídios cruzados que recebe dos serviços públicos, sobretudo nos procedimentos assistenciais de alto custo. Assim, a caracterização de um sistema de saúde seletivo na sua base de adstrição de clientela é apontado como de difícil re-

versão por alguns estudiosos, e compromete o princípio constitucional da universalização exigido na estruturação do SUS (Silva *apud* Guimarães 1991:25).

Em suma, a organização dos serviços de saúde vigente no Brasil configura uma situação de dualidade no interior da política de seguridade social em que se apresentam duas institucionalidades distintas: uma, que assegura o acesso aos serviços de saúde pela via do mercado aos estratos sociais de maior renda e aos melhores situados no mercado de trabalho; e outra, dependente dos serviços públicos de saúde aos estratos pior situados no mercado de trabalho e aos excluídos. Segundo Vianna (1989:7), o acesso aos serviços enquanto direito implica a adoção de modelos de sistemas de saúde que se contraponha às modalidades assistenciais organizadas por clientela ou grupos sociais específicos como forma de eliminar ou restringir acentuadamente o privilégio e a discriminação social. Para este autor, as desigualdades sociais no campo da saúde manifestam-se basicamente nas seguintes formas: no direito ao acesso; na distribuição dos recursos; na utilização dos serviços; nos resultados das ações de saúde; e no financiamento. É justamente dessa perspectiva que, a seguir, se analisará a organização dos serviços de saúde no Brasil e os sistemas dela resultantes, do ponto de vista da desigualdade e da exclusão sociais.

A DESCENTRALIZAÇÃO É A SOLUÇÃO?

O setor saúde sofre significativa reforma no padrão de intervenção pública na década de 80, decorrente das novas exigências colocadas ao Estado brasileiro, consequência das mudanças ocorridas na economia mundial.

Por conseguinte, a relativa disponibilidade de recursos públicos para o financiamento da saúde vigente até fins dos anos 70 — boa parte deles empregados na capitalização do setor privado de saúde através de medidas de extensão de cobertura e de seletividade da universalização, da assistência médica, restrita basicamente às regiões metropolitanas — é substituída pela necessidade de contenção geral dos gastos públicos subjacente às crises fiscal do Estado e financeira da previdência, ambas decorrentes, principalmente, da desaceleração da atividade econômica.

Deste modo, impõe-se ao Estado este novo padrão de intervenção pública, que se traduz no setor saúde, num primeiro momento, na contenção de despesas e maximização da utilização dos equipamentos no sentido de promover a racionalização das ações, agregando-se, posteriormente, o ideário da descentralização e as medidas dela decorrentes.

Não obstante a discussão acerca da repartição do poder político entre as esferas de governo e conseqüentemente da questão municipal vir de longa data, a utilização recorrente do termo *descentralização* é bem mais recente. Remonta no plano internacional à década de 60, diante dos primeiros sinais da crise que se abateria sobre os vários modelos de Welfare State, enquanto no plano nacional manifesta-se em fins da década de 70, sobretudo nas áreas tributária e administrativa, a partir do “movimento municipalista”². Através deste penetra lentamente no setor saúde até ganhar maior expressão no início dos anos 80, com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), que por sua vez ocorre no bojo de uma crise financeira previdenciária e da crise do regime político autoritário vigente.

Já na atualidade, frente à absolutização da imagem de caos no sistema de saúde brasileiro, apresentada à sociedade com o destaque e a ênfase nos diversos meios de comunicação para as fraudes e os desperdícios financeiros, o termo *descentralização* tem sido evocado, no plano retórico e no da ação, como a melhor alternativa para produzir o necessário ajuste do Estado no setor, e promover a melhoria da racionalidade do sistema de saúde. Assim o defendem as diferentes forças políticas envolvidas no processo de *descentralização* da saúde, compartilhando argumentos semelhantes para realçar os melhores atributos da esfera local, qualificados pela maior proximidade governante/governados, pela menor complexidade administrativa, pelo menor grau de burocratização, e pela maior capacidade para fiscalizar e prover os serviços de saúde. Do mesmo modo, estas manifestações repercutem no debate social em geral, e na mídia em particular, gerando expectativa e transformando os municípios em únicos depositários da cruzada contra as fraudes e os desvios, existentes no sistema de saúde, tributários de um enorme clamor público, que nele identifica em grande medida as dificuldades do seu cotidiano em relação aos serviços de saúde.

Ainda que esses atributos possam ser encontrados, em maior ou menor grau, nos municípios de médio e grande portes, e considerando a manutenção da perspectiva do processo de *descentralização* em curso restrita apenas à lógica do financiamento diante dos desvios financeiros disseminados no Sistema de Saúde, configura-se uma situação que mais do que nunca exige a implementação deste processo em moldes a contemplar ganhos concretos aos municípios, sem o que as fraudes continuarão vicejando com a mesma importância social que apresentam sob a pressão mo-

² Articulação informal entre Prefeitos Municipais, principalmente os pertencentes ao MDB, em torno da questão de uma Reforma Tributária favorável aos Municípios. Ver: Müller-Neto, J.; Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus atores; Saúde em Debate; 31:54-66; mar. 1991. p. 58.

ral exercida ao município no sentido de que cumpra a função de coibir as defraudes e os desvios financeiros. Isto por uma simples razão: os recursos a serem fiscalizados, não obstante sejam de natureza pública, não provêm dos cofres municipais. A despeito, portanto, de todas as restrições de ordem moral e ética pertinentes a serem formalizadas, os governos locais só se sentirão comprometidos com sua fiscalização em moldes mais eficientes na medida em que recebam uma compensação correspondente à mesma lógica que permeia todo o sistema, ou seja, de ordem estritamente financeira. Caso contrário, sobrarão os argumentos e as pressões morais quase sem nenhum resultado em termos práticos. Saliente-se que tais atribuições devam ser função de toda e qualquer esfera de governo e não apenas do nível local; por mais que ele disponha de melhores condições para executá-la, o processo de descentralização não deve se restringir apenas a estes aspectos, sob pena de resultar em grande frustração se medidas de caráter estrutural, tais como a referida compensação, não forem introduzidas em benefício da suposição da existência de uma ética da solidariedade e da promoção de um dever público que infelizmente ainda não estão suficientemente disseminadas pela sociedade brasileira e tampouco nas relações entre as esferas governamentais. A este respeito, Castro (apud Sato,1993:14) aponta para “uma forte tendência à setorialização da política de saúde e não a sua integração ao nível territorial, (...) favorecendo o fortalecimento de corporativismos locais em disputa por recursos públicos e pelo monopólio dos convênio, ...”.

De outra perspectiva, o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no período 1987-88, na conjuntura social e política permeada pelos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, encerra duas contradições que irão perdurar nos anos subseqüentes, repercutindo de forma acentuada em sua operacionalização. A primeira, de fundo constitucional, decorre do fato de a Seção Saúde da Constituição ser a única a enunciar claramente a diretriz da descentralização, não obstante esta orientar boa parte da Constituição. Saliente-se que a intenção inicial dos Constituintes era a de manter a responsabilidade dos municípios apenas para as ações básicas de saúde, assim como previsto no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), formulação esta que perdurou durante todo o desenrolar dos trabalhos constituintes, constando inclusive do Projeto de Constituição e do Substitutivo a ele apresentado pela Comissão de Sistematização (Viana,1991:4). O texto aprovado, possibilitando a transferência de ações e serviços para a esfera local, tal como consta do Artigo 30 que trata das competências dos Municípios, inciso VII - “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL,1988:30) -, só foi incluído durante a fase de apro-

vação final do texto constitucional, após intenso processo de negociação política para viabilizá-lo.

Contudo, ao estudar os impactos das mudanças constitucionais nas áreas sociais, Barros e Silva, além de identificar apenas o setor saúde como aquele submetido a uma política ativa de descentralização, relativiza seus benefícios com a afirmação de que “no entanto, o agravamento dos problemas de financiamento setorial evidenciou as questões e as dificuldades de relacionamento entre distintas esferas de governo e entre estas e o setor privado prestador de serviços, comprometendo os resultados positivos do processo ...”.

Agregue-se a isto o fato de se estimar em pelo menos 50% os municípios que não têm condições financeiras e administrativas próprias para subsistir como esfera autônoma de governo, o que implica a sua dependência das esferas estadual e federal para manter seus compromissos financeiros e administrativos, vendo assim diminuídas suas prerrogativas enquanto poder local, sobretudo em relação à sua autonomia.

Não obstante as potencialidades que a descentralização possa apresentar, o processo em curso na saúde se configura, de certo modo, como algo que está por se fazer. Em consequência, uma descentralização que busque enfrentar a exclusão de imensos segmentos da população com eficácia social - de longe um dos problemas de maior relevância para o país -, deve pautar-se pela flexibilização e adequação à heterogeneidade de situações que se apresentam nas regiões brasileiras. Isto implica a exclusão de dogmatismos e principismos na condução desse processo, implementado-o de modo a contemplar e estimular a negociação entre as esferas de governo, prevendo-se a criação de novos instrumentos jurídicos legais para sua sustentação e que seja perseguido como uma política de Estado, isto é, como intervenção estatal de longo curso, perpassando o período de diversos governos.

ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO

Nos países em desenvolvimento os estabelecimentos, equipamentos, recursos humanos e medicamentos tendem a orientar-se para a ponta da pirâmide do sistema de saúde (Banco Mundial, 1993:138). Isto também ocorre com frequência na situação brasileira, principalmente em seus pólos economicamente mais dinâmicos, nos quais geralmente o setor público subsidia o setor privado, prestando a assistência que exige pessoal altamente especializado, instalações e equipamentos de alto custo, para a parcela da população vinculada aos planos de saúde do setor privado.

No nível internacional, o debate acerca da saúde dá-se em torno das formas de reorganizar o setor, da repartição das responsabilidades entre os setores público e privado, enfatizando-se a melhoria da eficácia dos serviços e a descentralização como os melhores meios para concretizá-la. No Brasil a este debate têm sido agregados pelo menos dois outros problemas: aqueles relacionados ao financiamento do setor saúde, envolvendo a definição dos recursos necessários e fontes estáveis para seu provimento, e, não obstante o seu caráter crônico, aqueles relativos a uma denominada “crise da saúde entendida como crise no gerenciamento dos serviços”³ identificada como uma disfunção/incapacidade gerencial numa situação de escassez de recursos. Em recente entrevista ao Jornal *Gazeta Mercantil* e pela primeira vez nos últimos dez anos, o atual Ministro da Saúde inova este discurso ao reconhecer que o problema do setor não é o da falta de recursos mas sim o modo de administrá-los, explicitando sem rodeios ser “preciso parar com a exploração das tetas do Tesouro” (*Gazeta Mercantil*, 1996:A8).

Em que pese o arcabouço legal básico da área da saúde estar praticamente concluído desde 1990, tornando-a a primeira, e até muito recentemente a única, dentre as áreas sociais a ter completa a sua regulamentação após a promulgação da Constituição, suas conseqüências não surtiram os efeitos previstos e desejados em grau e velocidade compatíveis com as exigências para a estruturação do SUS. Do mesmo modo, a situação extremamente grave que vem perdurando no sistema de saúde desde o final dos anos oitenta, cuja face mais visível é a da permanente ameaça de colapso da assistência médica, aliada às medidas que vem sendo adotadas para promover o ajuste da economia, obrigou diversos municípios a inovarem na busca de soluções para os problemas de saúde, resultando em experiências criativas, algumas delas ocorrendo totalmente à margem do SUS tal como oficialmente definido.

Portanto, as questões relativas à estruturação e funcionamento do SUS são de várias ordens: a descentralização ocorre de modo limitado e limitante; o financiamento continua pendente em termos quantitativos (o montante de recursos disponíveis) e qualitativos (estabilidade e tipo de fontes de recursos); o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade, e portanto a um Es-

³ As aspas justificam-se pelo fato de que os problemas gerenciais dos serviços de saúde decorrerem em grande parte do atual emaranhado normativo que caracteriza o Estado brasileiro que ao lado da inexistência de um sistema eficaz de prestação pública de contas pelos vários escalões do funcionalismo público, são em grande medida responsáveis pela ineficácia e o estado de calamidade em que se encontram a maioria dos serviços estatais.

tado infenso ao controle público. Mas, sobretudo, o Sistema Único de Saúde carece para a sua efetiva implementação da estruturação de um amplo projeto que contemple a desigualdade e a exclusão social, de forma a orientar a operacionalização da descentralização em moldes diversos daquele baseado apenas no financiamento.

Em conseqüência, a menção ao sistema de saúde, no caso brasileiro, implica muito mais o enunciado de um discurso sobre o que deveria ser ou sobre aquilo que se pretende estruturar, portanto no domínio do campo das idéias, do que propriamente sobre algo concreto, uma vez que a atual forma de organização dos serviços de saúde no país encontra-se bem distante de merecer a qualificação de sistema, em quaisquer das acepções do termo. De fato, a análise do funcionamento efetivo dos serviços de saúde não fornece qualquer base empírica para configurá-los sequer como partes articuladas de um conjunto objetivando atender as necessidades socialmente demandadas pela população. Até porque desta situação não escapam sequer os serviços de saúde estatais intra e entre distintas esferas de governo, que em seu conjunto ainda carecem de articulação e organização.

Esse sistema de saúde, tal como configurado nesse estudo, abrange os serviços públicos nas esferas de governo federal, estadual e municipal e os serviços privados em suas várias modalidades de prestação - filantrópicos, lucrativos, beneficentes, dentre outras. Seus principais traços são:

- a) serviços públicos de saúde, prestados através de próprios governamentais ou por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de renda média para baixo, e que são financiados historicamente através de um fundo público administrado pelo Estado, constituído principalmente por contribuições compulsórias dos trabalhadores formais para o sistema de previdência social (Nunes; Brakarz,1993:13). Mais recentemente, a partir da Constituição de 1988, ocorre a diversificação da base de financiamento desses serviços com a incorporação de fontes da receita tributária vinculadas ao orçamento da Seguridade Social, sendo as principais delas a Contribuição ao Financiamento da Seguridade — COFINS — (incidindo sobre o faturamento bruto das empresas) e a Contribuição sobre o Lucro (incidindo sobre o lucro líquido das empresas), ambas criadas a partir das novas diretrizes constitucionais (Vianna et al,1991). Assim, a um sistema constitucionalmente previsto para uma cobertura universal na prestação da assistência à saúde corresponde um

financiamento em moldes regressivos e de seguro compulsório. Medici (1995b) assinala à respeito que: “a saúde, enquanto política universal, isto é voltada para toda a população composta de contribuintes e não contribuintes, não deveria ser financiada por recursos oriundos das contribuições sobre folha de salários, mas sim por recursos que reflitam o esforço fiscal de toda a sociedade” (p.11).

- b) prestação privada de serviços e seguro privado para os grupos de renda mais elevada e parcela dos trabalhadores urbanos das atividades industriais e de serviços pertencentes ao setor mais dinâmico da economia (exportador, automobilístico, bens de capital, petróleo, telecomunicações, siderurgia, construção naval, etc.), que responde atualmente pela cobertura de cerca de 22% da população, grande parte dela residente nas regiões Sul e Sudeste do país. O financiamento desses serviços provém de sistemas coletivos de pré-pagamento administrados por empresas privadas a partir do desembolso majoritário das empresas, e ressarcidos através dos mecanismos de renúncia fiscal do Imposto de Renda. Dessa forma, a um sistema pretensamente regulado pelas forças de mercado corresponde um financiamento fundado na renúncia fiscal pelo Estado, e portanto de base não redistributiva.

Essa estrutura brasileira de incentivos com as características apresentadas resulta em subvenções altamente regressivas, destinando-se apenas às parcelas minoritárias da população de maior poder aquisitivo. Dados recentes divulgados pela Receita Federal estimam em R\$ 15,3 bilhões o total da Renúncia Fiscal em todo país prevista para 1997, sendo que R\$ 6,5 bilhões (42,5%) desta arrecadação não realizada se concentra na região Sudeste que é a economicamente mais desenvolvida (*Gazeta Mercantil*:1996:A4). Desta maneira concorrem mais como um mecanismo perverso de exclusão social do que propriamente uma ação voltada para a melhoria das condições de acesso e do atendimento aos serviços de saúde. Vale ainda salientar que mesmo nas situações de predomínio da produção privada em que não haja uma ampla cobertura de serviços à população, quaisquer subvenções governamentais serão inevitavelmente regressivas.

Essas características concorrem para a configuração de um tipo de “sistema” segmentado na prestação da assistência e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, desprovido de qualquer tipo de controle público, desarticulado na prestação da assistência e

indutor da separação entre as ações de saúde nos planos da atenção individual e coletiva. Este “sistema”, reconhecido como tal a partir da prática em que se dá a estruturação dos serviços, contraria em grande medida os preceitos constitucionais e legais, tradicionalmente geradores de direitos sociais nos países capitalistas centrais. Dessa forma, as exigências para adoção de critérios da universalização, da igualdade no tratamento assistencial, da equidade e da participação para se implementar o sistema de saúde, subsistem somente no plano jurídico legal, configurando no caso brasileiro como concessões apenas retóricas, carecendo de efetividade; isto é, não são adotadas como direitos a nortear o cotidiano das ações e da prestação de serviços na saúde.

Vale destacar, ainda, a extrema versatilidade deste segmento privado de saúde e as estratégias que utiliza para ampliação do mercado, entre elas a da oferta de vários tipos de planos com preços diferenciados segundo as condições das acomodações hospitalares e da abrangência da cobertura de procedimentos e das patologias. No entanto, a regulamentação legal desse setor é praticamente inexistente. E, assim, apenas as cooperativas e o seguro saúde encontram-se formalmente submetidos ao controle da autoridade pública, respectivamente o Ministério da Agricultura e a Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda (SUSEP); contudo, mesmo assim os dispositivos legais existentes não alcançam os planos comercializados. E em que pese o seu crescimento, esse setor tem sido alvo de numerosos questionamentos junto aos organismos estatais de proteção aos consumidores, grande parte deles decorrentes de pendências em relação aos procedimentos e patologias cobertos pelos contratos e aos reajustes das mensalidades, a ponto de as entidades que congregam as empresas de medicina de grupo editarem, de comum acordo, um código de auto-regulação (Almeida)⁴

Assim, as novas bases de financiamento do setor privado de saúde rompem com o padrão historicamente vigente, isto é, o da dependência do setor privado das transferências diretas do Estado, substituindo-o por um outro, mais complexo, em que a nova articulação na relação Estado/setor privado se dá através de mecanismos de renúncia fiscal. E, frente a este novo padrão de subsídio é o Estado que passa a depender do setor privado para prover os serviços de saúde (Cohn 1995).

Ademais, além da vitória incontestada da ideologia do individualismo no plano internacional, os Estados perderam a capacidade de resposta frente ao avanço vertiginoso dos problemas sociais, no sentido de que as

⁴ Segundo manifestação do Dr. Arlindo de Almeida, Presidente da ABRAMGE, em Seminário promovido pelo CEDEC em 10/05/1995.

políticas públicas e sociais implementadas são incapazes de responder às necessidades e demandas sociais (Fiori 1995).

No caso brasileiro, o crescimento do setor privado de saúde à margem e independente de qualquer tipo de controle estatal impõe-se como uma situação de fato que concorre para minar as possibilidades da construção de um SUS universal, igualitário e equânime, tal como previsto na Constituição. E aqui retomam-se as diversidades intrínsecas de um “sistema de saúde” em que o setor privado goza de autonomia ilimitada, tanto na produção de serviços como na alocação de equipamentos tecnológicos dirigidos para os procedimentos de alto custo. Segundo informe em reunião de especialistas para debater questões referentes à implantação do SUS (Guimarães, 1991:23), o sistema privado, composto de inúmeros centros de decisão autônomos entre si, não apresenta capacidade para realizar escolhas que não aquelas que atendam ao seu próprio benefício.

Diante deste quadro, o Estado brasileiro mostra-se incapaz de esboçar uma reação eficaz no âmbito das políticas sociais, cumprindo à política de saúde praticamente manter o iníquo “sistema de saúde” atual, em nome do equilíbrio fiscal das contas públicas. E dessa forma constrói-se lentamente um novo postulado ideológico de que “o bem estar social pertence em primeiro lugar ao âmbito do privado — o mercado, a família, a comunidade — e somente quando nele não se resolve deve o Estado intervir e garantir um mínimo social mediante recursos públicos.” (Laurell, 1994:24).

Em resumo, a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, quer em termos de sua produção quer em termos do acesso da população, uma lógica fortemente influenciada pela acumulação do capital, e portanto mediada por mecanismos de mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais básicas, aí incluídas as de saúde. E em decorrência, esta lógica acaba por reproduzir de um modo perverso os mecanismos determinantes da exclusão social e das desigualdades inter e intra regionais segundo o grau de desenvolvimento econômico que apresentam, e deste modo por acentuar ainda mais o grau de marginalização social de significativas parcelas da população.

Disso também resulta um “sistema de saúde” restritivo quanto à cobertura oferecida, extremamente segmentado na produção e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, e absolutamente desigual no tratamento dispensado aos usuários. Em consequência, na prática transforma em letra morta os preceitos constitucionais aprovados em 1988 e o conteúdo de boa parte da legislação do SUS. Nesse sentido, a área da saúde também espelha, na expressão de Francisco de Oliveira, “o Estado de Mal Estar Social” vigente no Brasil. De um lado

encontram-se os cerca de 40 milhões que constituem a parcela dos incluídos, com acesso a uma rede de serviços de saúde subsidiada de várias formas pelo Estado, e que nos segmentos de ponta é tecnicamente comparável à dos países desenvolvidos que destinam muito mais recursos financeiros para o setor saúde. No outro extremo, encontra-se a grande massa dos excluídos, com precário acesso a um sistema de saúde já deteriorado em função do relativo desinvestimento público no setor e do desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, e que também apresenta disparidades e problemas na qualidade da assistência prestada. E isto significa a continuidade perversa de um “sistema de saúde” fragmentado, que privilegia as ações curativas e drena recursos do fundo público para os serviços privados de saúde, sobretudo para os hospitalares (Martins, 1995:319).

Diante dessa realidade, as políticas de saúde que vêm sendo implementadas pelo Estado brasileiro tendem a manter, ou mesmo a reproduzir, a histórica dualidade em seu “sistema de saúde”, apesar dos esforços empreendidos por alguns governos, com êxitos variáveis, no sentido de melhorar a cobertura dos serviços e de enfrentar alguns problemas mais agudos de saúde pública. Dessa perspectiva, o caso brasileiro se assemelha ao chileno, na medida em que configura a coexistência de dois sistemas de saúde, que segmentam a oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário (Vergara, 1994:42). E assim, na prática desconsideram-se as determinações constitucionais da saúde como um direito e dever do Estado, na medida em que se transforma o direito de todos em privilégio para os estratos sociais de maior renda e o dever do Estado resume-se ao provimento para o seu financiamento. Some-se a isso, a tendência à remercantilização da saúde (Laurell, 1995) que crescentemente vem ocorrendo quando das negociações trabalhistas entre os empresários e os empregados, e dessa forma caminhando na direção radicalmente contrária dos Estado de Bem Estar, em que a desmercantilização das políticas sociais constitui uma significativa conquista dos trabalhadores.

Isso ocorre porque um dos problemas centrais reside justamente no financiamento do setor saúde, e não apenas pela sua face mais conhecida e apontada, que é a da escassez de recursos, mas sobretudo pela forma historicamente dominante desse financiamento, fortemente regressivo e com pequena participação dos recursos fiscais frente às contribuições previdenciárias, como será retomado mais adiante.

Cabe ainda destacar que se a racionalização defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária foi capaz de barrar a continuidade do sistema de assistência médica previdenciária *tout court* como vigente desde há muito, ela passou ao largo das questões do seu financiamento. E assim,

a par de o movimento reformista ter conseguido viabilizar o conceito de seguridade social na Constituição de 1988, as bases de seu financiamento não sofreram alterações de monta, e mantiveram-se inspiradas no tradicional modelo previdenciário até então vigente, em que as contribuições sobre folha de pagamentos compunham a parcela mais significativa dos recursos para o financiamento da Previdência Social. E desse modo, segundo afirma Cohn (1994:9), institui-se um sistema de seguridade fraturado, em que “sua base de financiamento continua obedecendo à mesma lógica anterior, fundamentada na economia formal e no salário, ao mesmo tempo que se ampliam os direitos sociais a largos setores da sociedade, desvinculados da capacidade de contribuição financeira desses setores”.

Assim, vários autores apontam o sistema de financiamento vigente como um obstáculo ao melhor desenvolvimento do SUS, e questão chave para o êxito do processo de descentralização na saúde. Em relatório recente dos Encontros Macro Regionais envolvendo o Ministério da Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites com o objetivo de avaliar o processo de descentralização na saúde, dentre os vários problemas apontados nas cinco regiões geográficas, sobressaem aqueles relacionados com o financiamento do setor, inclusive nos seus aspectos qualitativo e quantitativo (Brasil, 1995:16-36).

Dessa forma, ainda não existe um consenso sobre as alternativas ao perfil de financiamento tal como vem sendo realizado no setor saúde (Medici et al, 1995:4-12). As divergências expressam-se em vários aspectos relacionados ao tema, mas a tendência ao desfinanciamento do setor saúde, que crescentemente vem ocorrendo nos últimos anos, tornou o debate excessivamente centrado na questão da disponibilidade dos recursos. Em consequência, as questões relativas às lógicas que perpassam o atual sistema de financiamento *vis a vis* os modelos de proteção social ficam em grande medida diluídas em meio à torrencial discussão sobre os recursos, até porque, frente à situação extremamente grave do atual “sistema de saúde”, esta última questão apresenta maior apelo popular e nos meios de comunicação.

Diante dessa questão, identificam-se duas principais tendências analíticas entre os autores: aqueles que focam a discussão no maior volume de recursos necessários ao financiamento do setor, e aqueles que enfocam os problemas relacionados ao processo de arrecadação e distribuição dos recursos que compõem o fundo de financiamento da seguridade social. Segundo Munhoz (1994:5), não ocorre falta de recursos para o setor saúde e nem mesmo existem graves problemas em relação ao montante de recursos transferidos da Previdência Social para a Saúde. Para ele a grande questão constitui-se na adoção de um conceito “excessivamente elástico” de seguridade, por parte das autoridades governamen-

tais, que ao incluir nesta rubrica uma série de ações não classificáveis como da seguridade, subtrai recursos para o financiamento da seguridade. E também Dain (1995:27) aponta que o problema central do desequilíbrio dos gastos deve-se em grande medida à incorporação dos Encargos Previdenciários da União nos gastos da Seguridade, e que em 1994 praticamente equivaliam ao montante gasto em saúde.

Mais recentemente, realizou-se um evento patrocinado por várias instituições nacionais e internacionais para discutir o financiamento da saúde⁵. Esta reunião contou com a participação de técnicos e gestores das três esferas de governo, e aponta em seu Relatório Final algumas medidas necessárias à consolidação do SUS, dentre elas salientam-se: alocação para a saúde de pelo menos 30% dos recursos da Previdência Social e de 10% a 15% dos orçamentos dos Estados e municípios; eliminação dos mecanismos de renúncia fiscal do Imposto de Renda incidentes sobre os gastos privados com saúde; reembolso financeiro ao SUS pelo atendimento na rede pública a usuários dos serviços privados, estipulando-se por estimativa a parcela a ser repassada automaticamente a título de compensação pela prestação de serviços; criação de mecanismos de taxação fiscal sobre o consumo de tabaco e bebidas (alcoólicas e refrigerantes), vinculando-se as receitas obtidas ao gasto com a seguridade social.

Viana (1994:180) afirma que, apesar do aporte de recursos através dos orçamentos municipais, o SUS está limitado pelo volume de atendimento e pela forma de seu financiamento. E que a tendência é a do aumento dos custos assistenciais devido ao envelhecimento da população, e a da segmentação na prestação de serviços, em que se reserva ao setor público os serviços básicos e de alto custo. A análise da autora, portanto, aponta para a manutenção/radicalização do atual padrão de produção de serviços e de financiamento na saúde.

Contudo, certos setores do governo próximos aos gestores econômicos, no afã de produzirem uma contabilidade financeira adequada às exigências do ajuste orçamentário da União, recomendam para o “sistema de saúde” a descentralização dos serviços e das atribuições para os Estados e municípios, com uma abrupta diminuição dos recursos federais para o financiamento da saúde, que passaria a ser encargo destas duas esferas de governo. Entretanto, por si só o perfil dos gastos públicos em saúde, com destaque para a participação da esfera federal, historicamente responsável por 70% a 80% do financiamento público em saúde, coloca em cheque a viabilidade imediata desta prescrição.

⁵ Reunião realizada em Maceió-AL, de 17 a 19 de maio de 1995, patrocinada pelo CONASS; CONASEMS; OPAS/OMS; ABRES; ABRASCO; CEBES; IDISA;

Segundo Cohn (1994:14), a questão ainda pendente na saúde diz respeito à reversão da lógica de seu financiamento e da sua seletividade, sublinhando a necessidade de que esta reversão alcance também a relação do setor público com o próprio setor público, isto é, nas formas de repasse entre as esferas de governo para fazer frente ao gasto em saúde. E há um consenso entre vários especialistas, entre os quais a própria autora, de que a busca da universalidade e da equidade pressupõe um sistema público com um perfil de financiamento que combine várias fontes de recursos mas que a principal delas seja constituída por recursos fiscais (Guimarães, 1991:24; Medici, 1996).

Por fim, vale destacar algumas das iniciativas governamentais mais recentes na saúde que, inspiradas no ideário neoliberal do capitalismo central, tem transferido equipamentos governamentais para o setor privado (Laurell, 1995). E isto ocorre sem no entanto substituir o Estado pelo mercado, uma vez que para o seu financiamento o setor privado depende direta ou indiretamente do Estado. Além disto, a mudança não se dá pela maior vantagem dos serviços privados sobre os públicos, mas sim com base numa supremacia ideologicamente construída do privado sobre o estatal, auxiliada pelos modernos meios de comunicação de massa.

Disto freqüentemente resulta o afastamento do Estado das suas responsabilidades políticas e sociais, na maioria das vezes deixando-as a cargo de instituições (como o setor privado) que, dada a sua natureza, são incapazes de minimamente desempenhar as atribuições requeridas por um ente público. E apesar de não ser inexorável a contradição entre os interesses públicos e privados, estes só se apresentam como interesses gerais quando coincidem com aqueles, o que a realidade brasileira tem demonstrado ocorrer em raríssimas ocasiões. Assim, em grande parte das vezes em que esse tipo de *privatização* ocorre, são transferidas na realidade apenas as funções de gerenciamento e/ou administração dos serviços, o que significa introduzir no setor público os critérios e a racionalidade privados, orientados para a acumulação de capital.

Por outro lado, grande parte das modalidades estatais de gerenciamento e administração vigentes no setor público de saúde encontram-se esgotadas do ponto de vista de obter um mínimo de eficácia social na prestação de serviços. E assim permanecerão enquanto não se proceder a uma ampla reforma do Estado brasileiro, para além de seus aspectos meramente administrativos e de pessoal (recursos humanos), mas que toquem nas questões centrais, dentre elas a da (re)construção de novas bases da relação sociedade/Estado (Reis, 1994), bem como o papel do Estado frente à globalização.

Sem essas mudanças de fundo no funcionamento do Estado brasileiro não há meios para transformar em virtuosas as atuais modali-

dades estatais de produção e gerenciamento da saúde, o que também constitui uma outra face, invisível, da crise por que passa a saúde no Brasil, e particularmente o SUS.

Por tudo o que se afirmou até aqui, os dilemas da saúde não se encontram na antinomia Estado/mercado ou mesmo no público/privado, mas em revestir a ação política na saúde de um projeto capaz de efetivamente enfrentar a desigualdade e exclusão sociais, e que introduza mecanismos reais de controle público sobre os serviços de saúde, sejam eles estatais ou privados, ao mesmo tempo em que se busca recompor a capacidade Estatal de condução política (Lechner: 1996).

Naturalmente que uma ação política desse tipo não prospera isoladamente na saúde, e faz-se indispensável a construção de suas bases sociais de apoio para que estas orientem a ação do Estado nas demais políticas sociais. Ademais, uma ação com estes horizontes exige sua articulação com as políticas econômicas, pois como afirma Tavares (1993:22) “evidentemente falamos é da necessidade de um novo padrão de desenvolvimento que permita incluir os excluídos e tornar *virtuoso* o novo paradigma”.

PAULO EDUARDO ELIAS é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e pesquisador do CEDEC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, J.R.R.; "Notas para o debate: a questão tributária e o financiamento dos diferentes níveis de governo; 21 p..In: Seminário Internacional impasses e perspectivas da federação no Brasil." FUNDAP/IESP; S. PAULO-SP; FUNDAP; abril de 1995.
- Almeida, M. C. de; *As Reformas Sanitárias dos anos 80: crise ou transição?*; Tese de doutoramento apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Área de Concentração Planejamento em Saúde; Rio de Janeiro-RJ; 1995.
- Banco Mundial/Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento; *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*; 1a. ed.; Washington-EE.UU.; Oxford University Press; 1993.
- Brasil; Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde; *Relatório dos encontros macro regionais da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde com as Comissões Intergestores Bipartites*; Brasília-DF; M.S./SAS; 1995. Mimeo.
- Brasil *Relatório Nacional Brasileiro - Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social*; Amélia Cohn (relatora geral); Brasília-DF; Ministério das Relações Exteriores; 1995.
- Cohn, A.; *Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil*; S.Paulo-SP; Cedec/DMP-USP; 1994; Mimeo.
- _____; "Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil"; 225-244. In: Laurell, A.C. (org.); *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*; S.Paulo-SP; Cortez; 1995.
- Dain, S.; "A entrada para o reino da terra"; *Monitor Público*; 5:25-31; 1995.

- Fiori, J.L.; "Políticas públicas, saúde e globalização". *Conferência no 1o. Congresso de Ciências Sociais em Saúde*, realizado em Curitiba-PR, de 8 a 10 de novembro de 1995. Anotações pessoais do autor desse trabalho.
- Gazeta Mercantil*; "Renúncia fiscal do governo será de R\$ 15,3 bi"; p.A-4; 27 de janeiro de 1997.
- _____; "Ministro discute verbas para a Saúde"; p.A-9; 20 de fevereiro de 1997.
- _____; "FHC vai lançar novo programa para a saúde"; p. A-8; 10 de março de 1997.
- Guimarães, M.C.; Coord.; "Alternativas de financiamento para o Sistema Único de Saúde"; *Divulgação em Saúde para Debate*; 4:21-26; 1991. (Relatório Final do Workshop organizado pelo SUDS Bahia)
- Laurell, A.C.; "A nova face da política social mexicana"; *Lua Nova*; 32:17-36; 1994.
- _____; "Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo"; 151-178. In: Laurell, A.C. (org.); *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*; S.Paulo-SP; Cortez; 1995.
- Laurell, A.C.; Arellano, O.L.; "Market commodities and poor relief: the World Bank Proposal for Health"; *International Journal of Health Services*; (1) 26: 1-18; 1996.
- Lechner, N.; "Reforma do Estado e condução política"; *Lua Nova*, 37:33-56; 1996.
- Martins, A.A.; *Relações Estado - Sociedade e Políticas de Saúde*; Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de S.Paulo; S.Paulo-SP; 1995.
- Medici, A.C.; *Políticas sociais e federalismo no Brasil: problemas e perspectivas*; 20 p.. In: Seminário Internacional impasses e perspectivas da federação no Brasil. FUN-DAP/IESP; S. PAULO-SP; FUNDAP; abril de 1995.
- Medici, A.C.; Soares, L.T.; Marques, R.M.; *Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento*; S.Paulo-SP; FUNDAP; agosto/1995.
- Medici, A.C.; *Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995*; S.Paulo-SP; 1996; Mimeo.
- Müller Neto, J.; "Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores"; *Saúde em Debate*; 31:54-66; mar. 1991.
- Munhoz, D.G.; "Porque são escassos os recursos para a saúde"; p.2-7; In: *Boletim SAS*; Brasília-DF; setembro/outubro de 1994. (Informativo mensal da Secretaria de Assistência à Saúde/MS).
- Nunes, E.; Brakarz, J.; *Política Social e reforma fiscal: as áreas de educação e saúde*; Brasília-DF; IPEA; 1993. (Documento de Política, 13).
- Reis, F.W.; "Estado liberal, projeto nacional, questão social"; *Plan. Pol. Púb.*; 9:145-168; 1993.
- _____; "Notas sobre a reforma do Estado"; *Revista do Serviço Público*; (118) 3:17-26; 1994.
- Sato, A.K.; *Descentralização: Um Tema Complexo*; Brasília-DF; Ipea/Texto para discussão n. 314; out. 1993.
- Souza, M.C.C. de; *Estado e partidos políticos no Brasil (1930-1964)*; S.Paulo-SP; Alfa-Omega; 1976.
- Tavares, M.C.; *As políticas de ajuste no Brasil: os limites da resistência*; S.Paulo-SP; IESP/ FUNDAP; 1993. (Texto para Discussão/Instituto de Economia do Setor Público, 9)
- Teixeira, S.F.; "O dilema da Reforma Sanitária brasileira"; 195-207; In: Berlinguer, G., Teixeira, S.F.; Campos, G.W.S.; *Reforma Sanitária - Itália e Brasil*; S.Paulo-SP; Hucitec; 1988.
- Tobar, F.; "O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos"; *Plan. Pol. Púb.*; 5: 31-51; Jun 1991.
- Vergara, P.; "Rupturas e continuidades na política social chilena"; *Lua Nova*; 32:37-67; 1994.
- Viana, A.L.; *Sistema e descentralização - A política de saúde no Estado de S.Paulo nos anos 80: formação e tensões*; Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP; Campinas-SP; 1994.
- Vianna, S.M.; *Equidade nos serviços de saúde*; Brasília-DF; IPLAN/IPEA; 1989. (Texto para discussão/ Instituto de Planejamento, 24).
- Vianna, S. M.; Piola, S.F.; Guerra, A.J.; Camargo, S.F.; *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios*; Brasília-DF; IPEA; 1991. (Documento de Política/ n. 3).

REFORMA E CONTRA-REFORMA NA PROTEÇÃO SOCIAL À SAÚDE

PAULO EDUARDO ELIAS

Discutem-se as mudanças no sistema de saúde brasileiro em período recente da ótica das políticas sociais. A partir do enunciado da exclusão social como questão central a ser enfrentada pelas políticas sociais e da noção de contra-reforma em oposição à reforma virtuosa e necessária do Estado, analisam-se as políticas de saúde, privilegiando a denominada Reforma Sanitária e a implementação do SUS. O artigo sustenta a exigência de se promover a articulação das reformas do sistema de saúde com as políticas econômicas de modo a apontar para um novo padrão de desenvolvimento, com sólidas bases sociais e orientado ética e politicamente para a inclusão.

REFORM OR CONTRA-REFORM IN HEALTH POLICY

Changes in the Brazilian health system are discussed from the point of view of social policies. Taking social exclusion as the central ques-

tion to be faced by social policies and contra-reform as the opposite of the virtuous and necessary reform of the State, the article analyzes Brazilian health policies, chiefly regarding the so-called Sanitary Reform and the National Health Service (SUS). It is argued that the articulation between the reforms of the health system and economic policies should be promoted having in view a new development pattern, with strong social foundations and ethically and politically oriented towards social inclusion.