

POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS E PERFIS DE INTERVENÇÃO: REFLEXÕES ACERCA DA ANÁLISE DA INTERVENÇÃO ESTATAL*

PEDRO LUIZ BARROS SILVA**

1. Introdução; 2. A noção de perfil de intervenção;
3. O perfil da política de saúde nos anos 70 no Brasil;
4. Centralização de decisões e auto-sustentação financeira;
5. Privatização e maximização de interesses particulares;
6. A separação das redes de atendimento; 7. Baixa efetividade social; 8. Etapas de desenvolvimento e linhas de reordenamento da política.

1. Introdução

A análise da intervenção governamental nas questões sociais,¹ no Brasil contemporâneo, é sempre objeto de controvérsia, pois, dependendo do ângulo

* Texto apresentado à VIII Reunião Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, de 4 a 6 de setembro de 1984, realizada em São Paulo.

** Administrador público, mestre em sociologia e professor assistente no Instituto de Economia/Unicamp. (Endereço do autor: Instituto de Economia/Unicamp — Caixa Postal 6.135 — Cidade Universitária — 13.100 — Campinas, SP)

¹ A noção de “questão social” é aqui entendida segundo a linha de argumentação desenvolvida por J. C. Braga (*A questão da saúde no Brasil; um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista*. Dissertação de mestrado. Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, 1978. mimeogr.). Segundo este autor, a noção de questão social apreende fenômenos complexamente determinados, sendo que “a gênese e transformação desses fenômenos constituem manifestações concretas das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção (...) (manifestando-se além disso) nas práticas políticas e ideológicas e (constituindo-se tendencialmente) (...) em objeto de política do Estado”. Ainda segundo este autor, “o desenvolvimento capitalista (...) constitui como questões sociais, entre outras, aqueles processos relacionados com a formação e reprodução da força de trabalho para o capital. E num mesmo movimento constitui o Estado no organismo por excelência a regular e responder a tais questões. Ao fazê-lo, o Estado, como Estado capitalista e nacional, amplia-as, atribuindo-lhes um caráter geral e universal. No Brasil, o caráter tardio do desenvolvimento capitalista coloca precocemente ao Estado tais problemas. Tanto porque o Estado se antecipa ao movimento das forças sociais, assumindo práticas que ‘classicamente’ pertenciam à iniciativa das classes, quanto porque, mesmo nas primeiras etapas de sua formação, deve minimamente atuar como Estado nacional. Assim pensada a questão social (...) (é possível) apreender diferentes processos e suas respectivas políticas de regulação distribuídas por diferentes planos: o da regulação do mercado de trabalho e do processo de trabalho (política de migração, legislação trabalhista, política salarial, regulação de jornada de trabalho etc.); o da normalização da atividade política (organização e controle sindical, legislação do direito à greve etc.); o da composição do consumo dos assalariados (saúde, habitação, educação etc.); o da composição das ‘rendas de trabalho’ (como, por exemplo, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), Programa de Assistência dos Servidores Públicos (Pasep)”. (Id. *ibid.* p. 179.)

a partir do qual se examine essa intervenção, pode-se chegar a resultados bastante diferenciados.

No caso da política estatal referente a Atenção à Saúde, pode-se observar: o extraordinário desenvolvimento e complexidade do conjunto de organizações estatais criadas para a execução de programas de atendimento à população; a criação de diversos mecanismos de financiamento, destinados a dotar de recursos essas organizações, bem como o dispêndio de um volume monetário não desprezível em programas de atendimento; a ampliação do volume de serviços prestados e dos segmentos populacionais que têm acesso a esses serviços etc. Ao mesmo tempo, constata-se que as condições de saúde da população brasileira, e em especial a dos segmentos de baixa renda, continuam precárias, sem se conseguir, para problemas básicos, um grau de resolução compatível com a magnitude do desenvolvimento das ações estatais, medidas, por exemplo, pelos indicadores citados.

Tais constatações evidenciam as contradições e os múltiplos determinantes das ações governamentais da corte social,² que impossibilitam relacionar de forma mecânica e direta a ampliação das políticas governamentais e a melhoria objetiva das condições de vida da população.

Neste artigo pretende-se explorar, ainda que de forma embrionária, o significado teórico-metodológico da existência de determinantes gerais, específicos, de natureza estrutural e conjuntural, que podem ser apontados como os vetores que moldaram o formato particular da intervenção estatal em saúde.

Procurar-se-á, também, realizar uma síntese da intervenção estatal em saúde nos anos 70, utilizando-se o quadro conceitual que será desenvolvido a seguir.

2. A noção de perfil de intervenção

As reflexões feitas aqui partem da hipótese de que é possível, na análise de uma política governamental setorial como a que se examinou, apreender seus perfis específicos de desenvolvimento, resultado da conjugação dos diferentes fenômenos políticos, econômicos e sociais que determinam essa intervenção e a existência de tais perfis. Mais do que isso, acredita-se que, dessa forma, é possível conseguir a separação dos condicionantes de ordem estrutural e histórica daqueles eminentemente conjunturais, e determinar a existência desse ou daquele perfil de desenvolvimento ou de intervenção estatal numa dada questão. Finalmente, acredita-se que esse é um caminho fértil para se perceberem as diferenças de conteúdo, alcance e os limites de cada etapa da intervenção governamental nas questões sociais no Brasil.

A noção de perfil de intervenção³ significa a combinação, assumida de forma predominante e relativamente estável no tempo, de cinco características

² Políticas de corte social significam ações governamentais que, direta e/ou indiretamente, influenciam o conteúdo histórico da questão social, aqui entendida como produto das relações capital-trabalho.

³ A tentativa de construção da noção de perfil de intervenção beneficia-se das idéias e dos conceitos desenvolvidos nos trabalhos de S. H. H., Abranches. *The divided Leviathan: state and economic policy formation in authoritarian Brazil*. Cornell, 1978. mimeogr. (Tese de doutorado, Cornell University); E. J. Viola. *Formas de Estado e formas de regime no*

básicas associadas ao desenvolvimento de uma política setorial de corte social, a saber:

A) Sua posição e seu grau de inscrição, enquanto prioridade, nos mais importantes centros decisórios de governo, ou seja, o seu grau de centralidade. Essa característica expressa uma dimensão eminentemente política da ação de governo analisada, e relaciona-se, no que diz respeito às políticas de corte social, ao problema da construção de mecanismos de controle social e da criação de elementos que auxiliem a ampliação das bases sociais de sustentação das diferentes coalizões governantes em cada conjuntura. Diz respeito, portanto, não só a determinantes estruturais, mas também ao processo de seleção de prioridades que a cada momento compõem a agenda governamental.

B) Suas relações com a política econômica geral do governo, do ponto de vista de sua estrutura de financiamento e natureza do gasto realizado, o que implica a identificação do grau de adequação/articulação das políticas voltadas ao desenvolvimento econômico e social. A questão da adequação/articulação entre o processo de desenvolvimento econômico e de desenvolvimento social, enquanto objeto da ação estatal, depende das formas específicas que assume, em cada formação capitalista, o processo de construção de bases técnicas, financeiras e sociais do Estado, enquanto agente promotor do binômio acumulação e equidade social e que comporta, simultaneamente, determinantes de ordem econômica e política.

C) O estágio de desenvolvimento da tecnologia utilizada na produção dos bens e serviços afetos à política considerada, ou seja, o grau de complexidade tecnológica. Essa característica diz respeito à forma particular de desenvolvimento das forças produtivas em cada setor, que passa a ser objeto da intervenção do Estado, e ao processo de divisão técnica do trabalho que lhe é correspondente.

D) O formato de organização particular da intervenção estatal em questão, ou seja, o grau de complexidade organizacional que as diferentes políticas governamentais apresentam ao longo de seu processo de desenvolvimento. A complexidade organizacional está relacionada com as diferentes etapas de estruturação material do estado capitalista, a nível nacional, e aos graus de autonomia relativa de ação que as organizações estatais podem deter a partir de sua intervenção crescente no processo de desenvolvimento econômico, social e político, característica que predomina na evolução das sociedades capitalistas periféricas.

capitalismo periférico. Campinas, 1978. mimeogr.; G., O'Donnell & O., Osizlak. *Políticas públicas y estado en América Latina*. Buenos Aires, 1974. 52 p., mimeogr.; Santos, W. G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro, Campus, 1979. cap. 3; Braga, J. C. & Goês de Paula, S. *Saúde e previdência, estudos de política social*. São Paulo, Cebes-Hucitec, 1981. caps. 1, 2 e 3; R. R., Boschi & E. D., Cerqueira. *Burocracia, clientela e relações de poder; aplicação de um modelo teórico ao estudo das relações entre empresários e o setor público (o caso do Conselho Interministerial de Preços)*. Rio de Janeiro, Convênio Iuperj, PNTE, Cebrae, 1978. 148 p., mimeogr. e Martins, C. E. *Capitalismo de estado e modelo político no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1977. cap. 1 da 2. parte. Obviamente, a responsabilidade pelas definições efetuadas e articulações propostas, bem como as inconsistências desse esquema ainda embrionário, são do autor deste trabalho.

E) O impacto produzido no problema ou aspecto da questão social para o qual a política se dirige, ou seja, seu grau de efetividade social. Essa característica diz respeito à influência da política em questão na redução ou potencialização do problema que a origina. Cabe lembrar que uma mesma política pode ter impactos diferenciados para segmentos distintos da sociedade. Além disso, a análise do impacto de uma política governamental deve considerar a influência, no mesmo, de outras ações governamentais em outros setores.

As cinco características que formam a substância do perfil devem ser examinadas apenas no conjunto de suas múltiplas relações e determinações recíprocas, isto é, como uma combinação. Somente a partir da resultante obtida do cruzamento de suas características é possível analisar a natureza, o alcance e os limites de cada intervenção governamental setorial, materializados na idéia de perfil de intervenção.

Apesar da diversidade e heterogeneidade dos fenômenos captados por essas dimensões analíticas, pode-se identificar traços predominantes, responsáveis, por assim dizer, pelo desenho básico assumido pela política considerada. Decorre disso que, dada a vigência de certo perfil de intervenção, não está excluída a existência de variantes ou alternativas reais ou potenciais, representadas pelo seguimento ou permanência de traços secundários ou de pouca expressão relativa, que permanecem subordinados àquela configuração predominante da política, enquanto subsiste o perfil; em outras palavras, até que se configure uma efetiva transformação do mesmo, a partir da qual uma ou outra dessas variantes ou alternativas possa vir a assumir o caráter de predominância na configuração de um novo perfil.

Portanto, a apreensão de determinado perfil de uma política implica a compreensão de que tal política é heterogênea e comporta contradições. Essas, no entanto, apresentam-se como manifestações secundárias e/ou conjunturais, passíveis de serem absorvidas pela vigência dos fenômenos cuja predominância caracteriza cada perfil. Porém, à medida que tais contradições passem a constituir um fenômeno mais duradouro e generalizado, pode-se abrir um processo de transformação do perfil de intervenção, o que implica, por sua vez, o pressuposto de que uma política de governo não é um elemento estático e só pode ser apreendida enquanto processo. No entanto, trata-se de um processo de natureza reiterativa, ou seja, que garante alguma estabilidade, no tempo, à configuração básica considerada.

Constata-se, desse modo, que o formato assumido pela intervenção governamental, em cada etapa de seu desenvolvimento, depende da maneira particular através da qual se articulam fenômenos de natureza distinta, captados através das cinco características anteriormente citadas, e que o grau de efetividade social, normalmente utilizado para aquilatar o “sucesso ou fracasso” dessa intervenção, é apenas um deles.

Com o objetivo de explicitar melhor a ocorrência desse movimento que configura um perfil de intervenção, examine-se o caso específico da política estatal relativa à Atenção à Saúde.

Em relação ao grau de centralidade das políticas governamentais de corte social dentre as prioridades de governo, é preciso analisar, em primeiro lugar,

as relações que se colocam entre esse tipo específico de intervenção e a reprodução das condições de dominação capitalista no seu nível mais genérico e abstrato.

Nesse sentido, cabe destacar o papel das políticas sociais a cargo do governo, como “colchão amortecedor” dos conflitos sociais derivados das condições de vida a que se encontram submetidas as classes subalternas ao longo do desenvolvimento histórico de nossa sociedade. A existência de um fluxo de bens, serviços ou renda, a que os segmentos subalternos passam a ter acesso através de programas governamentais, pode ser interpretada como um mecanismo utilizado, pelos diferentes governos, para retirar do seio da unidade produtiva a “origem percebida” das condições de exploração a que esses segmentos estão submetidos. Desloca-se, portanto, da figura do capitalista individual para o Estado, a responsabilidade de “sanar”, através de programas sociais, os desequilíbrios existentes na distribuição do excedente social entre as diferentes classes de uma dada formação social.

Nesse movimento de resposta do Estado aos conflitos sociais, através de programas e políticas específicas e setorializadas, não mais estariam em questão as condições de trabalho e de apropriação dos produtos do trabalho, mas sim a questão da regulação estatal das condições de existência dos indivíduos em níveis toleráveis, quer na esfera da produção, quer na esfera do consumo. Desse modo, um primeiro determinante a nortear a intervenção estatal no campo social seria a necessidade, para a própria reprodução das condições de dominação típicas de uma sociedade capitalista, de o Estado fornecer as condições mínimas para a sobrevivência dos indivíduos, bem como, através do conteúdo ideológico das mesmas, reforçar o “caráter natural” desse movimento de desequilíbrio e tentativas de reajuste.⁴

O grau e a amplitude do efeito reparador de tais ações estariam determinados, por sua vez, pela maneira particular de estruturação da sociedade brasileira (em termos de suas classes e frações), bem como pelo resultado concreto dos conflitos sociais e da luta política que acompanham seu desenvolvimento.⁵ Em resumo, é possível analisar, como um dos determinantes mais genéricos e abstratos dos graus de centralidade de uma política como a de Atenção à Saúde, o seu papel no reforço da hegemonia social.⁶

É preciso considerar que esse movimento deve ser visto e analisado não só como o resultado das ações dos segmentos dominantes de nossa sociedade e de suas relações privilegiadas com o aparelho estatal.

A existência e a ampliação dos programas e políticas de corte social a cargo do aparelho estatal representam, em simultâneo, o sucesso dos esforços e da

⁴ Essa questão é desenvolvida a partir de perspectivas diferenciadas em, entre outros, Marshall, T. H. *Política social*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967; Rimlinger, G. *Welfare policy and industrialization in Europe, America and Russia*. New York, John Wiley, 1971; e Gough, I. *The political economy of the welfare state*. London, Macmillan, 1979. 196 p.

⁵ Para uma análise da evolução histórica dessa problemática no Brasil, ver Santos, W. G., op. cit.; Cohn, A. *Providência social e processo político no Brasil*. São Paulo, Moderna, 1980; e Braga & Goés de Paula. op. cit.

⁶ Entenda-se, neste trabalho, por hegemonia social a capacidade que uma classe tem de impor à sociedade, como um todo, seus interesses de longo prazo, o que conforma a estrutura vigente de dominação. Cf. Abranches. op. cit. p. 37.

luta dos segmentos dominados. Em outras palavras, significam, num mesmo movimento, a estruturação de mecanismos mais complexos de dominação política e social, e formas de introdução, no seio dos próprios aparelhos do Estado, de questões socialmente relevantes aos setores subalternos, representando, nesse último caso, conquistas importantes de novos patamares de participação política e social das classes dominadas.

Ainda com relação a essa problemática, e tendo em vista esse determinante mais genérico e abstrato a influenciar a centralidade de uma política de corte social, cabe considerar as relações particulares que essas políticas mantêm com a forma com que se estrutura e se legitima a direção política exercida pelas diferentes coalizões governantes em cada conjuntura.

Em outras palavras, é necessário levar em consideração que diferentes políticas de governo de corte social podem ser mais ou menos relevantes para auxiliar as estratégias de manutenção, no poder, das coalizões politicamente governantes, dependendo das regras do jogo político em vigor e, conseqüentemente, da estruturação de esquemas de “engenharia” institucional, destinados a regular a convivência entre aparelhos de Estado, classes dominantes e subalternas, em “ordem e de forma relativamente estável”, merecendo prioridades distintas em contextos que variam de situações autoritárias e democráticas de exercício do poder.

O melhor exemplo da importância desse fator, no caso da questão da Atenção à Saúde, é a política de Assistência Médico-Previdenciária. A análise de sua importância nos projetos de direção política, que se gestam em nossa sociedade a partir dos anos 30, é essencial para que se compreenda seu movimento ascendente, no sentido de tornar-se o pólo predominante da intervenção estatal nesse campo no período recente. Assim, é através da compreensão de que a participação da classe trabalhadora na vida política nacional deu-se, entre outras formas, através de um aparelho sindical e previdenciário de natureza cooperativa, no qual a assistência médica é elemento importante, que se pode entender uma parcela dos determinantes da expansão da assistência médico-previdenciária, ou seja, como um dos elementos auxiliares de articulação política das coalizões governantes junto às classes subalternas, tanto no período populista quanto no período recente, ainda que com características bastante distintas em cada momento.

Em síntese, a posição das políticas sociais em geral, e de saúde em particular, na agenda de prioridades governamentais, irá variar de acordo com sua importância e funcionalidade para os diferentes projetos de direção política, vigentes em cada etapa de desenvolvimento de nossa sociedade, resultando, estes últimos, das regras do jogo político em vigor, que se concretizam em formas diferenciadas de regime político com graus também distintos de concentração/desconcentração e centralização/descentralização do poder político.⁷

No que diz respeito aos graus de adequação/articulação entre as políticas governamentais de corte social, destacando-se a de Atenção à Saúde, e a dinâmica econômica, deve-se buscar, inicialmente, as relações que os serviços de

⁷ Para análise detalhada das formas de regime político, ver Viola, E. J., op. cit.

saúde mantêm com as esferas do trabalho (dentro e fora do processo de produção propriamente dito) e do capital.⁸

Em relação ao fator trabalho, deve-se considerar a influência das políticas de saúde na redução dos custos de reprodução da força de trabalho (produtiva e improdutiva). Além disso, embora de difícil comprovação empírica, é possível pensar que os serviços de saúde influem de certa forma nos níveis de produtividade da força de trabalho, através da redução do absenteísmo e proporcionando maior higidez ao trabalhador. Essas relações podem apontar e esclarecer o conteúdo de uma parte das políticas de Atenção à Saúde a cargo, direta (execução propriamente dita) e/ou indiretamente (através de normas que permitam sua realização por outros agentes), do Poder Público. Mais ainda, se analisadas dentro de uma perspectiva da evolução histórica do capitalismo brasileiro, podem auxiliar na verificação do grau de "essencialidade" das ações estatais nesse campo, ou seja, na regulação e reprodução da força de trabalho.

Especificamente no caso brasileiro, constata-se que as políticas de saúde tiveram importância crucial na constituição do mercado de trabalho a nível nacional, na incorporação de novas áreas do território nacional ao processo de desenvolvimento capitalista nas décadas de 20, 30 e 40 e na complementação das condições gerais de reprodução do trabalhador industrial urbano, no período pós-56. Em cada momento citado, pode-se explicitar a parcela de políticas de saúde dirigidas para esses aspectos. No capitalismo brasileiro contemporâneo, entretanto, a influência direta das políticas de governo nesse campo parece ter-se tornado muito menor, à medida que as próprias unidades produtivas passam a deter condições de autodeterminação da reprodução e circulação da força de trabalho de que necessitam.⁹ Isso não quer dizer que as atuais políticas governamentais no campo da saúde não afetem a força de trabalho. O que parece incorreto é caracterizar esse fator como preponderante na determinação do contorno mais recente das políticas estatais de saúde no Brasil.

Quanto à esfera do capital, pode-se também estabelecer uma relação entre as políticas de saúde e frações do capital industrial cujos produtos são consumidos de maneira exclusiva e/ou preferencial na prestação dos serviços médicos. Esse parece ser um vínculo essencial na determinação do conteúdo mais recente que a questão *saúde* assume a nível governamental, assim como na escolha da tecnologia a ser utilizada na produção e operação desses serviços. Ou seja, deve-se atentar para as ligações e determinações que tanto os setores industriais (ligados a equipamentos, materiais e obras médico-sanitárias e médico-hospitalares) quanto os setores ligados à produção e distribuição de medicamentos colocam, em cada conjuntura, para o perfil vigente de política de saúde analisado.

⁸ Análises sobre essas relações podem ser encontradas, entre outros, em Nogueira, R. P. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. Brasília, 1976. 76 p., mimeogr.; Arouca, A. S. S. *O dilema preventivista*. Campinas, 1975. 261 p. (Tese de doutorado da Faculdade de Medicina/Unicamp); Donnangelo, M. C. F. & Pereira, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976. 124 p.

⁹ Uma análise exemplar sobre esse aspecto, realizada para o caso da questão educacional, pode ser encontrada em Salm, C. *Educação e trabalho*. São Paulo, Brasiliense, 1981.

Finalmente, cabe identificar o grau de penetração de relações propriamente capitalistas na forma de prestação dos serviços de saúde; em outras palavras, o fenômeno de transformação da forma de organização e estruturação do trabalho médico na direção propriamente capitalista (difusão das relações de assalariamento, maior divisão técnica e social do processo de trabalho, formação de empresas médicas e sua posterior conglomeração, articulação com o sistema financeiro no campo do seguro-saúde etc.).

Obviamente, a discussão em profundidade de cada uma das relações aqui esboçadas é tarefa que não se pretende realizar aqui. Parece suficiente apontar para a sua existência, destacando que cada um desses elementos gera demandas competitivas em relação ao Estado e influi, dessa forma, nos perfis de intervenção governamental, no setor, ao longo do tempo.

No entanto, não se vê um automatismo nesse movimento. Ao contrário, nesse grau de generalidade, é possível se pensar um sem-número de arranjos, garantidas as condições de reprodução da “infra-estrutura” capitalista, que resultariam em numerosas outras alternativas de política de saúde.

A explicação dos caminhos da política de saúde, no Brasil, não parece, portanto, pertencer ao nível da procura de essencialidade estrutural econômica e de sua racionalidade cega.

Acredita-se que a dinâmica econômica, da forma aqui considerada, aponta relações possíveis e um conjunto de fatores sociais que, se organizados politicamente, podem influir nos diferentes perfis que assume a intervenção governamental, fazendo ou não prevalecer seus interesses de curto, médio e longo prazos, dadas as condições do jogo político vigente (ao nível da dominação e da direção política).

No caso brasileiro, e ainda pensando na relação serviços de saúde e etapas de produção capitalista vigentes, deve-se considerar, finalmente, dois aspectos relacionados:

a) em primeiro lugar, com as limitações que o padrão de acumulação capitalista brasileiro e suas políticas econômicas correspondentes impõem, concretamente, à intervenção estatal no campo da Atenção à Saúde, notadamente em relação ao seu financiamento, e que variam ao longo do tempo;

b) em segundo lugar, com a maneira como a concentração no tempo e a “violência” com que é realizado o esforço de industrialização no Brasil, e seus desdobramentos, acabam colocando como “prioritária” (o que passa sempre por definições a nível do político) a utilização de fundos sociais, no esforço de obter-se maior desenvolvimento econômico, e/ou acabam “pervertendo” o resultado desses mesmos mecanismos de concentração de recursos em outros momentos, em que o movimento da industrialização já possui outros mecanismos de financiamento mais pesados e complexos.

A complexidade tecnológica assumida pela política estatal em Atenção à Saúde resulta de um processo de transformação da própria natureza desses serviços, captada através da noção de capitalização dos serviços de Atenção à Saúde.

A dinâmica de desenvolvimento das políticas governamentais relacionadas com esse setor é influenciada pelos avanços científicos e tecnológicos ocorridos no processo de produção dos serviços de saúde, que, ao transformarem

a organização dessa produção, no que diz respeito aos equipamentos, instalações utilizadas e aos processos de trabalho, vão possibilitando seu acoplamento às formas de produção e circulação capitalistas.

Isso implicou a articulação desse ramo de serviços com ramos do capital industrial e financeiro, bem como a sua estruturação interna de modo a dar conta dessas articulações, apresentando, como resultados objetivos: a maior especialização do trabalho médico (novos formatos na sua divisão técnica e social); a constituição do hospital e dos serviços de apoio (especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica), como uma plataforma técnica essencial na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde; o aumento dos custos de produção e dos preços de comercialização dos serviços prestados; e a necessidade crescente ou da intermediação estatal ou de esquemas de “socialização privada” que ampliem o mercado para os insumos, produtos e serviços de Atenção à Saúde, que se tornam cada vez mais diferenciados.

Torna-se evidente, portanto, que essas transformações não representam um “movimento natural”, onde o avanço técnico apareceria como resultado, simplesmente, de um conhecimento mais profundo e através do qual a medicina foi construindo seu objeto de trabalho. Elas são o resultado do estabelecimento e da reprodução de determinadas relações sociais no interior da prática médica e de sua articulação no conjunto de práticas sociais capitalistas que têm existência e sentido concretos. Mais do que isso, deve-se ter presente que a esse mesmo movimento de capitalização da Atenção à Saúde, simultâneo ao fenômeno de medicalização das sociedades contemporâneas, não correspondem, necessariamente, perfis de políticas estatais em saúde que sejam, de certa forma, antagônicos às necessidades de atendimento por parte da população.

Os perfis de intervenção estatal, nesse campo específico, podem, ao mesmo tempo, articular o setor de serviços em Atenção à Saúde com setores do capital industrial (indústrias de medicamentos e equipamentos hospitalares), e promover a progressiva transformação do trabalho médico (especialização), e da sua organização em moldes empresariais (capitalização/assalariamento), sem que, necessariamente, a atuação das organizações estatais e privadas produtoras dos serviços de saúde se dê no sentido do abandono de uma política de Atenção à Saúde, articulada e integrada a nível de sua base técnica e que se aproxime mais, em seu âmbito de atuação, das carências e mesmo da nosologia de sua clientela efetiva e potencial.

Em outras palavras, o processo de capitalização da Atenção à Saúde só ocorre no momento em que se passa a dispor de medicamentos eficientes, baratos e, conseqüentemente, capazes de serem produzidos em escala industrial, constituindo-se num avanço inequívoco da capacidade de intervenção da medicina, sendo essa, ao mesmo tempo, a própria origem das chamadas “distorções” da medicina atual. Portanto, se as políticas estatais, encarregadas de expandir os cuidados médicos ao conjunto da população, fazem-no de forma a beneficiar os produtores dos serviços e insumos, e não à população que deles se utiliza, isso é produto tanto das transformações nas relações técnicas e sociais, que constituem o processo de trabalho médico e seus desdobramentos, quanto (e talvez principalmente) de definições político-econômicas do Governo. Essas só se materializam em determinados perfis, que desconsideram as carências da população quando existe baixa capacidade de organização e pressão do conjunto das classes subalternas e dos próprios traba-

lhadores do setor, no sentido de obter políticas de outro corte, e que contemplem seus interesses, derivados das formas concretas que assume em cada formação social o processo de participação político-econômica.

A complexidade organizacional assumida pela intervenção estatal em uma dada questão social (nesse caso a de Atenção à Saúde) é, por sua vez, produto de dois fenômenos distintos e articulados.

O primeiro deles, e normalmente o mais salientado, é que, à medida que se tornam mais complexos os problemas sociais objeto de intervenções estatais específicas à forma particular de desenvolvimento de nossa sociedade, vai-se estruturando, nem sempre concomitantemente, um aparato estatal também cada vez mais complexo do ponto de vista técnico-gerencial, para dar conta desses mesmos problemas. Desse ponto de vista, a complexidade das organizações estatais encarregadas do desenvolvimento de políticas setoriais e seus desdobramentos em outras organizações, obedeceria a critérios técnicos e organizacionais de melhor estruturar-se a intervenção estatal em seus diversos campos de atuação.

Entretanto, do ponto de vista político, esse processo de complexidade organizacional obedece a outro conjunto de determinantes, em muitos casos mais importante que o primeiro, que conviria explicitar de forma mais detalhada.

Se é verdade que a cada questão que vai sendo incorporada como objeto de ação do Estado corresponde a criação e/ou desdobramento de aparelhos burocráticos, ou seja, organizações burocráticas permanentes, cabe lembrar que esse movimento não é, de forma alguma, uma resposta mecânica e funcional do Estado às pressões e demandas dos diferentes grupos sociais.

Em primeiro lugar porque, se a sociedade brasileira se apresenta fragmentada a nível do processo de formação e de dinâmica de suas classes sociais e de seus aparelhos de representação de interesses, é preciso "pensar" o Estado e as diferentes organizações que o compõem não como unidade homogênea e coesa, mas dividida e fragmentada.

Essa divisão é, em parte, determinada pela segmentação do todo social. É também influenciada pelos interesses materiais e setoriais específicos das próprias elites das categorias sociais que compõem os aparelhos estatais, expressando uma autonomia relativa que o Estado e seus aparelhos possuem em relação ao conjunto da sociedade.

Essa autonomia advém de contradições enraizadas a longo prazo no processo histórico de desenvolvimento capitalista brasileiro; de conflitos e divergências políticas associados à luta pela definição da direção política; de conflitos e contradições inerentes à dinâmica do próprio sistema de dominação e manifesta-se, principalmente, quando as decisões estatais, ao envolverem a competição por recursos, não afetarem nem o curso da acumulação, nem alterarem posições estratégicas a nível da estrutura do bloco no poder.

Em segundo lugar, é possível constatar, empírica e historicamente, que grande parte das decisões estatais e, conseqüentemente, das políticas governamentais, tem essa característica.

Em face da existência do movimento descrito, tem-se que o processo decisório de grande parcela das ações governamentais passa a ser o resultado de barganhas entre organizações estatais e societais, envolvidas em cada questão que passa a ser objeto de políticas setoriais específicas, e não como um processo mecânico de resposta das organizações estatais às demandas colocadas pelos diferentes grupos sociais.

Mas, se se considera aqui a existência de limites para a negociação entre as organizações estatais, societais e os aparelhos de representação política, cabe especular sobre o que acontece quando as políticas governamentais se referem a aspectos do desenvolvimento político-econômico de uma formação social, que afetam ou a estrutura de produção e o curso do processo de acumulação, ou a estrutura da dominação, ou, ainda, a própria ordenação do bloco no poder.

Tendencialmente, nesses casos, as decisões do Estado e das organizações que o compõem seriam orientadas por sua posição de guardiões políticos, ou seja, de garantidores de reprodução das relações capitalistas, quer a nível da produção, quer a nível da dominação. E esse é o caso em que existe consenso entre o conjunto das classes dominantes, ou seja, em que nem a hegemonia social nem a hegemonia no interior do bloco no poder se encontram em questionamento.

Há, no entanto, situações conflitivas afetando parte dos aspectos considerados, em que nem a natureza do Estado ou das relações sociais capitalistas se encontram em questão, mas em que segmentos distintos do bloco no poder se encontram em relativo equilíbrio de força e têm demandas contraditórias. Nesse caso, aumenta a autonomia relativa dos aparelhos estatais envolvidos nessas demandas, e o papel do Estado como organizador político assume importância crucial na definição da direção das políticas estatais, passando a formular regras de decisões sobre suas próprias ações de maneira cada vez mais independente das forças sociais em disputa.

Em formações sociais, como no caso do Brasil, onde a hegemonia no interior do bloco no poder é sempre problemática, derivada de suas características de sociedade capitalista retardatária, a coexistência de lógicas diferenciadas da ação estatal é uma constante. Isso acaba por determinar um aparelho estatal estruturalmente segmentado, no qual o conflito e a competição ocorrem intensamente. Coexiste, dessa forma, uma multiplicidade de orientações a nível da definição de políticas inter e intra-setoriais, criando-se constantemente jurisdições burocráticas (feudos) que obstaculizam modificações nos perfis de intervenção governamental de forma automática e mecânica, segundo os interesses das classes, frações e aparelhos de representação política, mesmo das camadas dominantes. Isso é, de certa forma, facilitado pelo fato de essas jurisdições operarem, como se disse, em um contexto marcado pela ausência relativa de direção política global e organicamente integrada dos centros de poder das coalizões politicamente governantes com as organizações públicas e societais que compõem cada jurisdição.

Cabe ressaltar que a existência de uma multiplicidade de agências e instituições, atuando conflitivamente dentro de cada setor da intervenção governamental e problematizando a gestão global da máquina estatal e a permanente autonomia relativa que a burocracia estatal detém em relação à sociedade em alguns níveis decisórios, principalmente naquilo que se refere aos aspectos mais operacionais das políticas de Governo, em que o grau de controle pela sociedade em geral é sempre difícil, não parece característica exclusiva do desenvolvimento do Estado e da sociedade brasileira. Pretende-se destacar, com isso, que essa situação tende a acontecer mesmo em formações sociais em que a transparência do processo decisório estatal seja elevada, como nos

casos em que a organização da vida política se materializa em regimes do tipo democrático.

É preciso considerar, entretanto, que os graus de liberdade e de autonomia de ação das organizações estatais tendem a elevar-se brutalmente quando mais restritivas e excludentes forem as regras do jogo político em vigência, chegando a situações-limite, nos casos dos regimes de tipo totalitário.

Em formações sociais como o Brasil, onde a tradição autoritária tem conseguido impor-se como elemento de estruturação da vida política durante períodos importantes de alteração das formas de Estado e do processo de desenvolvimento do capitalismo, esse fator — autonomia e fragmentação das organizações estatais e sua complexa trama de relações com os diferentes setores sociais — não pode ser derivado mecanicamente de uma lógica, determinada *a priori*, de relações entre capital e trabalho, segundo leis gerais e irredutíveis.

É preciso pensar que a multiplicidade de agências que hoje compõem o aparato burocrático público brasileiro não se encontra “funcionalmente diversificada”, como poderiam supor as análises mais correntes sobre reforma e/ou modernização administrativa, ou aquelas que compartilham de uma visão instrumentalista do Estado no capitalismo. Os aparelhos estatais encontram-se, na verdade, segmentados, compartimentalizados, atuando de maneira competitiva e sempre tentando transcender suas jurisdições, com o objetivo de expandir suas áreas de influência, transformando-se em importantes arenas de negociação das decisões cotidianas das políticas que implementam, em permanente articulação com os interesses também fragmentados das organizações societais. E isso tudo, na maior parte das vezes, com baixo grau de controle, tanto por parte da coalizão política que governa, quanto da sociedade em geral, desde que respeitados os limites mais amplos já comentados anteriormente.

Desse ponto de vista, caberia estabelecer o que diferencia, a nível conjuntural, os setores de intervenção estatal e as organizações que a operacionalizam, em termos de prioridades de Governo. Além disso, deve-se explicitar os recursos e mecanismos que essas organizações mobilizam para obter maior ou menor sucesso na criação, sustentação e expansão de jurisdições burocráticas nos diferentes campos de intervenção governamental de corte social.

As desigualdades entre os diferentes setores, que são objeto de políticas governamentais, o poder que detêm as organizações, sua relativa autonomia dentro de suas esferas de atuação, bem como suas possibilidades de expansão são determinadas, basicamente, por três variáveis¹⁰ inter-relacionadas:

A) Relevância do setor. Trata-se aqui de analisar a importância do setor no que se refere: à estrutura de produção vigente; à intermediação estatal na organização e seleção dos interesses das classes sociais, de suas frações e aparelhos de representação; a seu peso na viabilização das diferentes estratégias de direção política das coalizões governantes.

B) Relevância das organizações que atuam no setor em análise. O destaque para as organizações estatais, relativamente independente da relevância do se-

¹⁰ A proposição dessas variáveis apóia-se fortemente no esquema interpretativo sugerido por Abranches, op. cit., na segunda parte do cap. 1.

tor onde atuam, é feito porque é possível “pensar” as organizações estatais e societais também como determinantes das alternativas de transformação da estrutura de produção vigente, bem como de estruturação dos interesses das classes sociais e de suas frações. Dessa forma, um setor relativamente pouco importante pode vir a sê-lo, exatamente pela ação de uma dada organização que aí atue. Além disso, as organizações setoriais poderão desenvolver uma resistência extraordinária às transformações que limitem seu raio de ação, o que poderia levar à existência de organizações que permanecem relevantes, conjunturalmente e de forma excepcional, em setores não tão prioritários tanto para a estrutura de produção quanto para o projeto de direção política vigente.

C) Disponibilidade de recursos. Com isso se pretende referir à capacidade concreta que as diferentes organizações estatais têm de ir acumulando, ao longo de sua existência, recursos que permitam a manutenção de suas jurisdições em termos estratégicos e operacionais, em face das ameaças externas ou internas ao seu setor de atuação. Derivaria daí, inclusive, a possibilidade de obtenção de aliados a nível de outras organizações estatais e/ou societais com interesses conjunturais comuns.

Esses recursos poderiam ser agrupados, num mero exercício formal, em alguns blocos:

- Financeiros — grau de autonomia financeira de que as organizações dispõem em relação ao orçamento público; controle sobre fontes permanentes de financiamento, relativamente independentes de decisões externas às organizações; capacidade de obtenção de financiamento interno e capacidade de reprodução de seus próprios recursos, possibilidade de acesso independente a recursos de outras agências; disponibilidade de múltiplas fontes de recursos, suficientemente diversificadas e flexíveis para permitir que a perda de uma delas seja compensada pelas outras; e, finalmente, autonomia para dispor e realocar seu próprio capital.
- Institucionais — meios legais de que as organizações dispõem para alargar sua capacidade decisória; capacidade formal de criar, manter ou expandir seu espaço decisório; ocupação de áreas institucionalmente privilegiadas, que podem ser transformadas em arena de negociações e de intermediação de blocos de interesses de outras agências estatais ou societais; existência de competências formais para interferir na alocação de recursos de qualquer natureza de outras agências, via supervisão, coordenação, controle direto etc.
- De Poder — contatos e/ou ligações informais, permitindo que determinadas organizações adquiram grau substancial de poder e influência nos centros decisórios mais importantes da estrutura de poder e autoridade vigentes. A identificação desse tipo de recurso é, desde logo, de reconhecida dificuldade de mensuração, e sua determinação quantitativa é praticamente impossível. Existem, no entanto, algumas indicações que possibilitam a formulação de hipóteses nessa direção, a saber: a capacidade de organizações públicas estabelecerem alianças externas com setores dominantes na sociedade, de modo a criar áreas comuns de interesse que as agências passam a representar informalmente dentro do Estado; capacidade de articulação, agregação, organização

e seleção de interesses socialmente relevantes; capacidade de coerção e/ou indução, controle monopólico de informações estratégicas; capacidade de tornar-se instância mediadora e/ou julgadora, mesmo sem competência formal para tanto etc.

- Gerenciais — capacidade que as organizações têm de determinar internamente os meios para atingir objetivos definidos, em geral externamente, e de administrar técnica e economicamente a implantação desses objetivos, sem interferências e/ou cisões internas e externas.

- Recursos tecnológicos — domínio sobre o desenvolvimento de determinado processo de produção de bens e serviços de forma monopólica ou predominante; capacidade de manter-se na vanguarda tecnológica do seu setor ou de diferenciar suas atividades de modo a deter um controle relativo desse aspecto, ainda que não de forma monopólica, em diferentes setores.

As três variáveis propostas — relevância do setor, das organizações e disponibilidade de recursos — tendem a mostrar mais claramente qual a posição estratégica da política na agenda estatal geral, que graus de essencialidade essa posição reflete (a nível político-econômico e/ou de importância intra e inter-burocrática) e qual o peso relativo que as diferentes organizações possuem na condução de determinada política, no estabelecimento do conteúdo de seu perfil de intervenção e de resistência a sua transformação, possibilitando maior compreensão da complexidade organizacional assumida e dos dilemas e contradições de sua gestão.

No caso específico analisado, a observação do comportamento dessas três variáveis pode auxiliar a obtenção de uma visão mais clara dos graus crescentes de complexidade organizacional que assumem os diferentes perfis caracterizadores da intervenção estatal no setor.

Mais do que isso, pode evidenciar como no processo de criação e desdobramento das organizações setoriais se vão configurando condições para que a burocracia ligada à Previdência Social possa levar avante um “projeto” relativamente autônomo de desenvolvimento para o setor, através de suas conexões com os setores empresariais médicos, assumindo o lugar central da definição dos recursos da intervenção estatal e definindo *de fato* a real política de Saúde em vigência.

Em relação aos graus de efetividade social, importa considerar alguns aspectos:

- as intervenções governamentais setoriais, notadamente no campo social, apesar de formalmente consideradas como aquelas destinadas a prover bens, serviços ou renda de modo a elevar os padrões de vida das classes populares, não devem necessariamente ser analisadas apenas a partir desse prisma, dados seus encadeamentos econômicos e político-burocráticos já referidos;

- além disso, tais intervenções podem não se traduzir, objetivamente, numa melhoria material para as classes populares, mas ter tal efeito em outros segmentos da estrutura social (as classes médias, por exemplo), importante na ampliação das bases de apoio de cada gestão de Governo;

— mesmo desse ponto de vista, importa considerar os efeitos-demonstração dessas intervenções e a capacidade de manipulação dos mesmos pelas coalizões governantes, no sentido de demonstrarem uma preocupação mais formal do que real com o nível de vida dos segmentos subalternos, o que pode criar problemas no grau objetivo de reação das classes populares, no sentido de modificar os perfis de intervenção das políticas de corte social que lhes sejam desfavoráveis;

— o grau de influência concreta das políticas governamentais, nos diferentes processos de reprodução da vida material e cotidiana e na transformação dos valores que lhes são subjacentes está relacionado com os patamares de condições de vida existentes e que são diferenciados no interior das classes populares. Aquilo que parece extremamente precário e insuficiente para determinado segmento social não é internalizado da mesma forma por outros segmentos, que vivem em condições de existência mais graves, notadamente se o grau de difusão das informações é baixo e são frágeis as variantes de organização das classes subalternas para a luta política.

Além dos pontos anteriores, cabe destacar outro fator extremamente importante: o impacto das políticas governamentais, derivado de seu perfil específico, deve ser visto tanto do ponto de vista de sua materialidade objetiva (aumento nos patamares de consumo), como do ponto de vista de constituir direitos, ainda que esses não se traduzam imediatamente na expansão do consumo ou em melhores condições de inserção na produção por parte das classes subalternas. Desse ponto de vista, o próprio fato de questões sociais passarem a fazer parte da agenda governamental, e serem objeto de políticas setoriais específicas, consiste num avanço significativo nos patamares de conquista dessas mesmas classes, no desenvolvimento de cada capitalismo.

Finalmente, importa considerar, ainda, que o impacto de uma política governamental pode ser obstaculizado, problematizado ou mesmo facilitado pelas ações do Governo em outros campos. Isso faz com que seja necessário considerar, de forma objetiva, tanto as possibilidades de resolução de problemas que cada política apresenta, quanto as parcelas que devem ser tributadas às ações fora de sua esfera de influência.

Todos esses pontos convergem para um último destaque, a saber: ainda que determinada por todas essas considerações, a capacidade de resolução de problemas específicos de cada política setorial condiciona, em primeiro lugar, a dinâmica dos fenômenos que compõem as características anteriores e sua forma de articulação e, em segundo lugar, influencia a capacidade de vigência de determinado perfil de intervenção.

Não há nada de particular a apontar quanto aos graus de efetividade social da política de Atenção à Saúde. Trata-se de captar a política real implantada em decorrência da conjugação das características anteriores, de determinar seu perfil específico em cada etapa de desenvolvimento e seus resultados e efeitos em processos sociais significativos, derivados do comportamento observável do quadro de saúde da população.

Como se pode constatar, a utilização da noção de perfis de intervenção exige, por sua própria natureza, que se trabalhe, para a construção substantiva

de suas características, em três níveis distintos, porém inter-relacionados, de análise:

- dos determinantes estruturais políticos, econômicos e sociais do desenvolvimento da ação estatal e da própria sociedade brasileira, e dos limites que impõem às ações setoriais de Governo;
- das determinações conjunturais, derivadas da formação de interesses a nível das organizações estatais e societárias e de seus aparelhos de representação política, que, embora determinados em largos traços pelo nível anterior, detêm graus de autonomia relativa e variável em cada conjuntura, em relação aos determinantes de ordem estrutural, o que implica o surgimento de especificidades na política analisada, só apreendidas nesse nível de análise;
- das realizações concretas derivadas da intervenção governamental considerada, de seu impacto em problemas socialmente relevantes e de sua influência nos níveis anteriores.

3. *O perfil da política de saúde nos anos 70 no Brasil*¹¹

Após a discussão do conceito de perfil de intervenção, resta, para que seja possível concluir este artigo, utilizar-se o ainda precário instrumental teórico-metodológico construído para uma síntese da política de saúde nos anos 70.

Utilizando-se as categorias desenvolvidas para compor a noção de perfil de intervenção, pode-se resumir as características da intervenção estatal em saúde da seguinte forma:

- o grau de centralidade política dessa intervenção setorial materializa-se num processo sem precedentes de centralização das decisões;
- as formas de adequação/articulação entre política econômica e política social expressam-se através da adoção de uma lógica que exige a auto-sustentação financeira da intervenção estatal em saúde;
- os graus crescentes de complexidade organizacional, mais do que imprimirem maior racionalidade à política considerada, permitem a ocorrência de um processo de privatização e de maximização de interesses particulares;
- a organização técnica e tecnológica, ao evoluir no sentido de uma maior “sofisticação”, redundou na separação de redes de atendimento, com desequilíbrios importantes entre elas e com evidente prejuízo para um atendimento integral em Atenção à Saúde;
- finalmente, os resultados observáveis dos serviços prestados levam a concluir pela baixa efetividade social da política, se tomados os problemas de saúde que poderiam ser perfeitamente equacionados a partir das ações aqui analisadas.

¹¹ As idéias aqui apresentadas são fruto de um trabalho coletivo com Eduardo Fagnani e originariamente desenvolvidas para o conjunto da política social brasileira, em texto a ser publicado.

Mas observe-se com maior detalhe cada uma dessas características, de modo a compor um perfil de intervenção denominado médico-assistencial privatista com gerência estatal.

4. *Centralização de decisões e auto-sustentação financeira*

Se é verdade que a política de saúde continuou posicionando-se de forma central no elenco de prioridades governamentais, em face do desenvolvimento social, isso ocorre num contexto de centralização das decisões, na órbita federal, retirando-se das esferas locais e regionais do Governo e das organizações de representação de interesses das classes subalternas a capacidade de interferência no processo de decisão e eleição de prioridades e de controle sobre programas de intervenção. Nesse movimento de centralização, determinada política de Atenção à Saúde tem seus graus de centralidade política aumentados, constituindo-se, ao longo da década de 70, em instrumento bastante utilizado pelas coalizões governantes, na demonstração de suas preocupações com os segmentos mais pobres da população.

O processo de centralização do controle da política social em saúde é, por sua vez, condição necessária¹² para que se constitua uma segunda característica marcante dessa política: a sua auto-sustentação financeira, ou, em outras palavras, a necessidade de os consumidores dos serviços de saúde pagarem por aquilo que recebem. Essa característica diz respeito à forma específica que a adequação/articulação da política econômica com a política social apresenta no setor saúde e em alguns outros setores importantes da intervenção estatal no campo social como, por exemplo, habitação e saneamento básico.

No pós-64 — e, mais especificamente, no pós-67 — altera-se o esquema geral de financiamento das ações estatais através de reformas gerais — administrativa, tributária, financeira — que irão contemplar, no caso das políticas sociais, a unificação da previdência social, a criação do Banco Nacional da Habitação (BNH), e o estabelecimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o salário-educação etc. Com isso, logra-se, de maneira inequívoca, o aumento dos poderes tributário e financeiro do Estado brasileiro, para o enfrentamento das questões sociais por intermédio de políticas abrangentes e de amplitude nacional.

No entanto, o aumento do poder financeiro estatal não se traduziu na criação de estruturas de financiamento para o desenvolvimento social, a partir do orçamento fiscal ou de qualquer outro tipo de mecanismo que subsidiasse esse tipo de intervenção. Tem-se, ao contrário, a montagem de mecanismos de financiamento sustentados a partir de contribuições compulsórias que, no caso da política de Atenção à Saúde, penalizam direta e indiretamente a massa assalariada.

¹² O processo de centralização propicia mecanismos mais complexos e poderosos de arrecadação e constituição dos novos fundos sociais, além de facilitar o manejo dos montantes arrecadados de forma relativamente autônoma por parte das autoridades econômicas em relação a qualquer controle por parte da sociedade, naquilo que diga respeito às operações financeiras, ou de outra natureza, efetuadas.

Em síntese, adotou-se uma regra de ouro: “Os assalariados devem pagar por aquilo que recebem.”

No caso da política em Atenção à Saúde, existem setores onde os recursos originam-se do orçamento fiscal, como, por exemplo, as ações realizadas no âmbito do Ministério da Saúde e das secretarias regionais e locais de saúde. As análises disponíveis mostram que, no decorrer dos anos 70, o gasto realizado por essas organizações é irrisório ante o volume de recursos despendidos em programas de assistência médica no interior do complexo brasileiro da Previdência e Assistência Social, o atual Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). E é exatamente o mecanismo de financiamento das ações do Sinpas que se descreve, de forma sumária, na referência à “regra de ouro”.

Da análise do gasto estatal em saúde, como a dimensão que permite visualizar a articulação da política social com a econômica, conclui-se que, objetivamente, só houve um avanço no desenvolvimento de programas de intervenção nas áreas em que foi possível montar um esquema financeiro relativamente autônomo dos recursos advindos do orçamento fiscal, e que poderia ter continuidade sem o comprometimento maior de recursos de outra natureza a não ser, nesse caso específico, os oriundos das receitas geradas pela própria massa previdenciária.

Portanto, a política econômica brasileira no período em análise, já em si mesma antagônica aos interesses das classes subalternas, manifestou-se no plano das políticas sociais de maneira também “perversa”, através da regra, determinada pelo próprio Governo, de criação de mecanismos de auto-sustentação financeira das políticas sociais. Desse modo, impõe-se uma articulação em que a política econômica subordinou a seus desígnios a política social, ampliando ainda mais sua regressividade e excludência.

5. *Privatização e maximização de interesses particulares*

O aumento dos graus de centralidade política da intervenção estatal em saúde — manifesto no processo de centralização do controle estatal com ausência de participação popular — e a questão da auto-sustentação financeira — manifesta na autonomia relativa da política de assistência médica previdenciária — têm como decorrência o surgimento de um terceiro tipo de fenômeno, que marcou a intervenção estatal em saúde nos anos 70.

Tal fenômeno refere-se à ocupação dos núcleos centrais de articulação do processo decisório estatal por conexões que se formam entre os interesses particulares de determinados segmentos burocráticos, constituídos para a gestão dos programas de saúde, e os interesses de diferentes setores empresariais especializados na produção de bens e serviços consumidos pela população, através desse tipo de intermediação estatal. Em outras palavras, foi característico da política de saúde, no período em análise, o fenômeno de maximização de interesses particulares, sejam eles burocráticos ou empresariais, em detrimento, na maior parte das vezes, dos interesses da população consumidora dos serviços de saúde.

Esse fenômeno marcou o formato de organização particular da intervenção estatal, ou seu grau de complexidade organizacional. De um lado, ocorreu a

concentração do poder de decisão dos destinos da política de saúde nas mãos de uma grande organização e de suas coalizões dirigentes, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), oriundo de um desdobramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). De outro lado, ocorreu o fenômeno da privatização da política social em saúde, aqui entendida como a maximização dos interesses de um complexo empresarial prestador de serviços de saúde e produtor de insumos (medicamentos e equipamentos hospitalares) utilizados por esses serviços. Esse complexo empresarial passa a ser, efetivamente, como vimos ao longo dos anos 70, o real prestador dos serviços de saúde. Tais recursos são transferidos predominantemente pela contratação dessas organizações privadas pelo complexo previdenciário, para o desenvolvimento de seus programas.

Poderia parecer ingênuo esperar, na vigência de um sistema de produção capitalista, que não houvesse articulações entre esferas pública e privada e que o gasto realizado através da primeira não se destinasse a dinamizar o desenvolvimento da segunda. Entretanto, o que acaba de ser descrito não diz respeito exclusivamente a um processo dessa ordem. Trata, também, de uma articulação que, sob cobertura de uma maior racionalidade técnica na estruturação da intervenção estatal, possibilitou, dada a ausência de controle público sobre as ações do Estado e dado o aumento dos recursos destinados a programas de assistência médica, a total e completa locupletação de interesses particulares e imediatistas.

Deriva daí a escolha de prioridades e de programas de atuação que não se pautaram de forma alguma pelas necessidades de atendimento por parte da população, mas sim pelos interesses de obtenção de maior rentabilidade econômica e política na ótica de empresários e burocratas.

Nesse perfil de intervenção estatal, o complexo médico-empresarial passou a ser o real executor da política de saúde, em detrimento de uma série de outras organizações públicas, em outras esferas de Governo e na própria esfera federal. Essas organizações foram, paulatinamente, obtendo cada vez menos recursos financeiros para sua ação, como decorrência, de um lado, da diretriz de auto-sustentação financeira e, de outro, das conexões burocráticas entre os dirigentes dos programas de assistência médico-previdenciária e os “empresários” médicos, não conseguindo ampliar, conseqüentemente, seus programas de atuação, que se deterioraram de modo geral.

A conseqüência do processo descrito para o desenvolvimento das ações das organizações públicas que atuam no setor saúde, além da diminuição de suas capacidades de ação, é o fato de elas passarem a vincular-se aos programas de assistência médico-previdenciária, fonte quase exclusiva de captação de recursos. Desse modo tem aumentado ainda mais o poder de indução da burocracia previdenciária nas decisões centrais para as políticas e programas do setor, dado o seu controle quase absoluto sobre o mecanismo real de financiamento das ações em Atenção à Saúde.

Além disso, a utilização das organizações do setor público na prestação de serviços de assistência médico-previdenciária tem funcionado como um mecanismo do escoamento da demanda de serviços de saúde, que aumenta como resultado da ampliação da cobertura da Previdência Social e da própria deterioração das condições de vida da população, de modo a não criar pres-

sões financeiras insuportáveis às finanças previdenciárias, visto o mecanismo de pagamento (nesse caso os convênios de pré-pagamento) ser muito mais controlável do que o utilizado nos contratos com o setor privado (pagamento com base nas unidades de serviço).

6. *A separação das redes de atendimento*

A análise da organização técnica dos serviços de saúde, associada ao conjunto de determinantes político-econômicos até aqui sintetizados nas três características anteriormente descritas do perfil de intervenção, fez emergir uma outra: a dicotomização das redes de atendimento. De um lado, articulam-se o Inamps (anteriormente o INPS) e o complexo médico-empresarial focando sua atenção no atendimento médico-hospitalar. Esse tipo de atendimento foi predominante, representando a verdadeira política de Atenção à Saúde dos anos 70. Nele, assegurou-se o amplo predomínio da empresa médica.

De outro lado, mantiveram-se, a níveis secundário e marginal, as ações em Atenção à Saúde de natureza preventiva, aqui denominadas ações de atenção médico-sanitárias. Essas ações, de responsabilidade do Ministério da Saúde e órgãos subordinados, a nível federal, e das Secretarias de Saúde, a níveis regional e local, ficaram restritas, principalmente, ao desenvolvimento de campanhas sanitárias e de ações referidas ao atendimento materno-infantil sem, no entanto, desenvolverem-se de forma contínua e articulada para o atendimento médico-hospitalar, o que, por sua importância, deveria ter ocorrido.

A predominância do pólo de atenção médico-hospitalar proporcionou o desenvolvimento dinâmico da rede hospitalar privada, com predominância de seu segmento lucrativo que, por suas próprias características de funcionamento, acabou concentrando-se em regiões mais desenvolvidas, provocando desequilíbrios inter e intra-regionais em termos de distribuição geográfica, cobertura de atendimento e formação de recursos humanos. Além disso, ocorreu uma “sofisticação” desnecessária da rede privada de atendimento, dado o fato de, no perfil vigente, remunerarem-se de forma vantajosa, através do complexo previdenciário, principal comprador de serviços do setor privado, atos médicos que requeiram, para sua realização, equipamentos mais complexos.

Cabe lembrar, em relação a esse aspecto, que a “sofisticação”, aqui, não corresponde, portanto, à existência de uma rede complexa, diferenciada e bem equipada, a nível médico-hospitalar, operada pelo setor privado. Observa-se muito mais a existência de desequilíbrios resultantes da ausência de uma política estatal mais consistente, que ordenasse o crescimento da rede de equipamentos, de modo a abarcar os problemas médico-sanitários e hospitalares que assolam a população.

A “sofisticação” refere-se, portanto, à ação do setor privado, maximizando as oportunidades de obter-se maior rentabilidade nos serviços de saúde produzidos, aproveitando as facilidades estatais a nível do financiamento da base técnica e da compra de serviços, sem que necessariamente estivesse sendo montada uma rede de atendimento, a nível médico-hospitalar, estruturada, hierarquizada e bem distribuída em termos geográficos.

Além disso, a predominância da ação do setor privado na operação dos serviços de saúde limitou a própria expansão das unidades hospitalares públicas, que encontraram dificuldades para a obtenção de recursos até para sua manutenção, deteriorando-se e apresentando graus de ociosidade elevados.

No caso dos equipamentos públicos para o atendimento médico-sanitário, também não ocorreu uma expansão significativa na disponibilidade de unidades sanitárias, o que acaba reforçando ainda mais o desequilíbrio na organização da rede de serviços de saúde, do ponto de vista de sua complexidade tecnológica. Ocorre, portanto, o completo afastamento de uma organização técnica da rede de serviços, que atenda aos princípios fundamentais de uma correta política de saúde. Isso porque, para a obtenção de um atendimento integral, precoce, ligado às necessidades nosológicas da população e baseado na equipe de saúde, as unidades médico-sanitárias é que deveriam constituir-se no suporte principal das ações governamentais, atuando de forma integrada com o atendimento médico-hospitalar. Em síntese, ocorreu uma expansão do setor privado em determinado nível de atendimento, inibindo-se a própria expansão e utilização da rede pública, o que traz, como consequência, a própria desintegração e desarticulação internas dessa última.

7. Baixa efetividade social.

Finalmente, a última característica que marca a política de Atenção à Saúde ao longo dos anos 70 é a sua baixa efetividade social, ou, em outras palavras, a sua baixa capacidade para resolver os problemas de saúde que a população apresenta.

As análises existentes sobre o quadro de saúde da população, ao longo da década de 70, indicam que, a despeito da inegável complexidade do conjunto de políticas governamentais de corte social e do notável vigor do crescimento econômico brasileiro, esse quadro ainda pode ser considerado insatisfatório.

As causas já foram abordadas anteriormente, de forma sintética, quando se tentou demonstrar a inexistência de uma adequação/articulação entre a política econômica do Governo e as políticas estatais de corte social; as características da complexidade tecnológica e organizacional da política estatal em Atenção à Saúde, que termina por beneficiar mais quem produz os insumos e os serviços de saúde do que seus usuários; e os graus de centralidade muito específicos que a política de assistência médico-previdenciária assume em detrimento de ações de natureza médico-sanitária, constituindo-se em um elemento auxiliar e temporário de ampliação das bases políticas de coalizão governante, mesmo sem se reverter em ganhos materiais para as classes trabalhadoras, em especial para os segmentos de mais baixa renda e que fossem proporcionais aos recursos despendidos.

Cabe repetir aqui que não se pretendeu atribuir à política estatal de Atenção à Saúde a responsabilidade exclusiva pelo quadro de saúde e condições de vida a que se encontra submetida a população brasileira. É notório que muitos fatores externos ao setor saúde, tais como a distribuição da renda, as condições de trabalho, de transporte, de moradia, de saneamento básico etc., têm uma influência mais significativa no comportamento de tal situação. Entretanto,

o perfil assumido pela política estatal em Atenção à Saúde tem potencializado ainda mais os fatores causadores do quadro de condições de vida a que a população está submetida, fazendo com que mesmo os problemas passíveis de serem resolvidos em seu âmbito de atuação permaneçam existindo.

8. *Etapas de desenvolvimento e linhas de reordenamento da política*

A política estatal em Atenção à Saúde, com as características aqui delineadas, conformando um determinado perfil de intervenção, denominado de médico-assistencial privatista com gerência estatal, apresentou, ao longo dos anos 70, três etapas distintas. A primeira delas, que se estende até 1973, significou a predominância desse perfil no contexto de sucesso aparente de um estilo de desenvolvimento econômico captado através da expressão "milagre brasileiro" e nos marcos de uma situação autoritária estável e fortemente limitativa às possibilidades de emergência de críticas ao processo de decisão e implementação dessa e de outras políticas de Governo. As contradições inerentes à ordenação da intervenção estatal, segundo o perfil descrito, quase não são objeto de questionamento público, restringindo-se, o conflito político derivado de pressões para sua transformação e/ou manutenção, aos atores sociais com acesso ao processo decisório estatal: os burocratas do próprio setor saúde, com predominância daqueles ligados ao complexo previdenciário, e os empresários ligados à produção de bens e serviços que consolidam, por sua vez, diferenças e alianças.

Na segunda etapa, iniciada em 1974, a partir do Governo Geisel, e que se estendeu até 1980, continuaram predominando, na definição dos rumos da ação estatal no campo da saúde, os interesses do segmento médico-empresarial. Entretanto, começa a ocorrer, de forma progressiva, o questionamento da predominância de tais interesses. Esse processo de questionamento se manifesta no alargamento dos *loci* de debate sobre os resultados da ação estatal no campo social em geral e no de Atenção à Saúde, em particular. Esse movimento torna-se possível graças às mudanças que ocorrem no cenário político-econômico mais geral, e que se caracterizam pela tentativa de retorno à normalidade institucional da vida política no País, pelo reconhecimento cada vez mais explícito da necessidade de reordenação simultânea do próprio estilo de desenvolvimento econômico adotado e, finalmente, pelo mergulho progressivo do País em uma crise econômica de dimensões profundas, no bojo de outra, do próprio capitalismo, a nível internacional.

Por questões de ordem econômica, política e social, surgiram condições para que novos atores políticos, até então marginalizados do processo decisório estatal, pudessem gradualmente organizar-se e passar a pressionar pela formulação de políticas estatais de novo corte. Nesse sentido, ocorreu a alteração de um processo de disputa que, se até então se centrava na luta interburocracias e entre estas e determinados segmentos privados, passou a incorporar também organizações representativas de interesses da sociedade, que se colocavam em oposição ao regime.

Tais transformações, contudo, não se traduzem em alterações substanciais da política social em saúde. De maneira gradativa, as transformações nos cenários político, econômico e social vão propiciando a emergência de um

conjunto de problemas e questões que acabam levando ao esgotamento do perfil médico-assistencial privatista da política de saúde no final dos anos 70.

Numa terceira etapa, já no início dos anos 80, coloca-se como alternativa real a constituição de uma rede única de atendimento, integrada, hierarquizada e regionalizada — com ênfase no atendimento médico-sanitário — mais descentralizada em sua gestão e com outros mecanismos de financiamento.

Nesta etapa, de transição e ainda em curso, dois determinantes passam a ter peso significativo no processo de escolha dos novos rumos da política estatal em Atenção à Saúde. Em primeiro lugar, transparece no discurso oficial a importância política da continuidade de expansão da política social em saúde, sem queda dos níveis de atendimento e cobertura já alcançados. Em segundo lugar, a forma de enfrentamento e administração da crise econômica em que o País mergulha acaba significando a opção por um conjunto de diretrizes de política econômica que, simultaneamente, vão agravando as condições de vida da população de mais baixa renda e obstaculizando a expansão ou mesmo a continuidade do gasto estatal no campo social em todas as suas vertentes, até mesmo naquelas que apresentavam capacidade de auto-sustentação financeira.

A esses condicionantes se agregou outro problema, de natureza interna à dinâmica do setor saúde. Como realizar um conjunto de mudanças que significam, em síntese, que determinados interesses do setor privado prestador de serviços e da própria burocracia previdenciária não serão mais contemplados como até então, enquanto a rede pública, principalmente no campo médico-sanitário, deverá passar a cumprir outro papel mais relevante?

Ao se esgotarem, como se disse, as condições básicas de sustentação do perfil médico-assistencial privatista, à medida que se torna impossível a harmonização entre fenômenos derivados da centralidade política que as ações em saúde passam a assumir, pelos ângulos do Governo, da população, das restrições ao gasto, impostas pela política econômica adotada, e dos interesses particulares de burocratas e empresários da medicina, recolocam-se velhos e novos problemas de difícil equacionamento.

Num novo perfil, como se viu, parece verificar-se a ocorrência de algumas transformações importantes, tais como:

- a integração e a expansão das redes a cargo do setor público;
- o atendimento, pelo setor público, de uma parte crescente da demanda por serviços de saúde através de convênios firmados entre as secretarias locais e estaduais de saúde e o Inamps, o que implica a transferência de um volume de recursos importante para a operação dessas redes;
- alterações nas formas de relacionamento entre o setor público (Inamps) e o setor privado, tanto no que diz respeito a modificações na forma de remuneração e volume de recursos transferidos, quanto ao tipo de serviços a serem prestados pelos últimos (predominantemente nos níveis secundário e terciário);
- maior e melhor cobertura para a produção nos três níveis de atendimento.

Tais transformações, de magnitude considerável e especialmente difíceis num momento de crise, para serem viabilizadas, esbarram num conjunto de constrangimentos, dos quais citam-se alguns.

Inicialmente, é preciso considerar as marchas e contramarchas do processo sempre lento e difícil de transformação da estrutura de funcionamento do setor público na direção de uma rede de recursos humanos e materiais bem equipada, integrada e bem distribuída regionalmente.

Em segundo lugar, devem-se considerar as dificuldades técnicas, operacionais e políticas da implantação das novas formas de relacionamento do Inamps com o setor privado.

Em terceiro lugar, verificam-se dificuldades semelhantes para obter-se o funcionamento simultâneo e cooperativo das redes públicas e privadas, de maneira a possibilitar um atendimento superior, em quantidade e qualidade, àquele prestado até o momento.

Note-se que se trata de problemas acerca dos quais ainda é pouca a experiência técnico-administrativa e política dos agentes públicos e privados encarregados do planejamento, operação e avaliação dos serviços, o que significa necessariamente um processo de “muito ensaio e vários erros”.

O maior constrangimento, entretanto, não se encontra vinculado a essa ordem de problemas, os quais, por si sós, demandariam uma fase de transição lenta, ainda com custos financeiros elevados, e realizada de forma gradual para tornar-se irreversível.

O maior problema é que, se a maioria dos fenômenos que compunham o perfil médico-assistencial privatista começa a se alterar em direções promissoras, as fontes de financiamento do setor de Atenção à Saúde experimentam uma “quase implosão”. É ocioso repetir aqui as causas das quedas brutais dos níveis de gasto público e o “beco quase sem saída” do complexo previdenciário. O que não é ocioso repetir são os efeitos da adequação/articulação da política econômica e da política social na configuração da transição para um novo perfil de intervenção estatal em Atenção à Saúde.

Em poucas palavras, mais importante do que realizar os processos de descentralização e desconcentração dos comandos, de integração da rede, de regionalização e de estabelecimento de novas formas de relação entre o público e o privado, é o processo de contenção de gastos a nível do orçamento fiscal e no âmbito do complexo previdenciário, que vem sendo realizado pelo Governo federal, direta e indiretamente.

Essa parece ser a diretriz política principal que rege as mudanças comandadas pela esfera federal de Governo. Utiliza-se, aparentemente como “camuflagem” e justificativa, um conjunto de idéias, princípios e doutrinas ainda pouco “amadurecidos” do ponto de vista operacional, contudo rigorosamente corretos. Em simultâneo, porém, coloca-se em prática um conjunto de medidas que visam à contenção de gastos, quando, pelas dificuldades já apontadas, seria necessário longo tempo para serem corretamente implantadas, exigindo um volume de recursos, a curto e médio prazos, equivalente ou superior àquele despendido até início dos anos 80.

Corre-se, portanto, o risco de ver-se ou “abortado” um conjunto de boas idéias acerca dos princípios e fins de uma política estatal em Atenção à Saúde, ou de assistir-se a uma implantação ainda mais desordenada de novos procedimentos e de novas unidades, que pouco contribuiriam para a melhoria de atendimento ao usuário dos serviços, além, obviamente, do ônus de desacreditarem-se completamente os níveis regionais e locais de Governo ante a opinião

pública, dado que estes são os principais responsáveis pela mudança que se inicia.

Ainda é difícil analisar quais serão os contornos precisos da realidade futura. O balanço do ano de 1985 indica, entretanto, que algumas mudanças, ainda superficiais, em face da envergadura das transformações necessárias, já foram iniciadas. Exemplo disso é a maior participação dos órgãos governamentais não-previdenciários e dos serviços próprios do Inamps na despesa com assistência médica previdenciária no ano passado, em detrimento dos órgãos contratados que ficaram com 45% aproximadamente dos recursos. Isso evidencia um esforço para melhor alocação dos recursos, incentivando o desenvolvimento das ações integradas de saúde, a diminuição da capacidade ociosa do setor público, a diminuição de atos médicos desnecessários, quando não fraudulentos, ao setor privado etc.

Mais do que isso, o ano de 1985 marca, de modo efetivo, a experiência de uma forma de gestão que mostra as possibilidades reais de transformação da intervenção estatal em Atenção à Saúde, bem como os obstáculos políticos a enfrentar.

Obviamente, um longo caminho ainda deve ser percorrido para modificar práticas ainda vigentes no interior da assistência médica previdenciária, como, por exemplo, a obtenção de uma nova forma de relacionamento Inamps-prestadores privados contratados via aprovação de formas jurídico-institucionais de contrato, que institucionalizem os serviços de Atenção Médica como um serviço público independente do agente operador. Isso possibilitará maior campo de intervenção do poder público quando os contratados não cumprirem as relações previstas na política para o setor. Esse passo essencial para incluir o setor privado nas ações integradas de saúde, apesar de tentado, ainda não foi possível, dadas as resistências desses operadores.

Além disso, uma definição correta, quer de uma política da Atenção Médica, quer de uma política global de Atenção à Saúde, ainda não foi obtida, havendo a necessidade de longo debate das formas de operação e estruturação de um sistema nacional de saúde real.

De qualquer forma, os obstáculos de curtíssimo prazo parecem ter sido corretamente enfrentados, quer pela nova forma de estruturação da política econômica, na qual pela primeira vez o social parece ser, de forma real, prioritário, quer pelas novas práticas de gestão. Isso faz com que se tenha maior espaço de manobra para poder, ao longo de 1986, e no debate sobre a Constituinte, equacionar politicamente os problemas de maior envergadura.¹³

Summary

Within the framework of a multidisciplinary studies perspective, the article envisages to develop a theoretical methodological referential for analysis of State policies in the social field, indicating it as an appropriate tool for the understanding of differences in content, range and limits of each stage of governmental intervention in social questions in Brazil.

¹³ Este texto faz parte de um trabalho mais amplo, em via de publicação, desenvolvido com Eduardo Fagnani, acerca do perfil de intervenção estatal na área social.

Using the approach of the notion of an intervention profile, the study has in view:

- the contradictions and numerous determinants of governmental action in the social field, which turns into an impossibility a mechanical and direct relationship between the enhancement of State intervention in this sector and the improvement of people's living conditions;
- the necessity to sort out, among the numerous determinants of governmental actions, those economic, political and social phenomena of a more structural and historical nature, distinguished from the ones essentially circumstantial, in order to design future settings for developing political policies.

Moreover, the article also tries to analyse health policy in Brazil, in the 70's and 80's, pointing out the scope and limits of changes under way, as well as their perspectives.

Negociações Mundo Afora

Os autores foram movidos pelo propósito de preencher a necessidade de bibliografia específica, em língua portuguesa, sobre tema de importância crescente, principalmente no âmbito latino-americano.

De cunho prático e didático, aborda sucessivamente: uma síntese extensiva da evolução econômica da América Latina; as bases metodológicas das negociações internacionais; sete estudos de casos, que analisam os aspectos formais das diversas modalidades de negociações e indicam possibilidades de negociações de vários produtos primários e manufaturados, bem como de serviços.

Nas Livrarias da FGV

Rio — Praia de Botafogo, 188
Av. Presidente Wilson, 228-A
São Paulo — Nove de Julho, 2029
Brasília — CLS 104, Bloco A, Loja 37



Ou pelo Reembolso Postal
À FGV/Editora — Divisão de Vendas
Caixa Postal 9052
20.000 — Rio de Janeiro — RJ.