



7

DIRIGENTES DE HOSPITAIS LUCRATIVOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Como a democratização no setor saúde é percebida por dirigentes de hospitais
lucrativos paulistanos contratados pelo SUS.

Banca examinadora

Prof. Orientador Edith Seligmann Silva

Prof. Ana Maria Malik

Prof. Djair Picchiai

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

RENATO JOSÉ FURTADO VELOSO

DIRIGENTES DE HOSPITAIS LUCRATIVOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Como a democratização do setor saúde é percebida por dirigentes de hospitais
lucrativos paulistanos contratados pelo SUS.

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da EAESP/FGV
Área de Concentração: Administração
Hospitalar e Sistemas de Saúde para
obtenção de título de mestre em Administração.

Orientador: Prof.^a Edith Seligmann Silva

SÃO PAULO

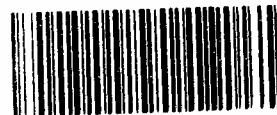
1998



Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração
de Empresas de São Paulo
Biblioteca



1372/98



1199801372

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| Introdução | 01 |
| Capítulo 1: Metodologia | 08 |
| Procedimentos | 11 |
| Capítulo 2: Fundamentos conceituais | 18 |
| Cidadania | 19 |
| Transição democrática | 22 |
| Ideologia | 24 |
| O Estado brasileiro | 27 |
| Os anéis burocráticos | 30 |
| Capítulo 3: O Setor da saúde no período pós 64 | 35 |
| O segmento hospitalar lucrativo | 36 |
| O FAS e a expansão hospitalar | 41 |
| O avanço jurídico intitucional na saúde os movimentos sociais | 43 |
| Sociedade civil e saúde na democratização | 47 |
| O desdobramento em São Paulo | 51 |
| Capítulo 4: O Conselho Municipal de Saúde | 55 |
| Capítulo 5: A fala dos dirigentes (trabalho de campo) | 61 |
| Posição em relação ao Estado | 65 |
| Concepção de SUS | 68 |
| Relação com o usuário | 70 |
| Conselho Municipal de Saúde | 73 |
| Quadro geral | 76 |

| | |
|------------------------------------|-----|
| Capítulo 6: Análise dos resultados | 78 |
| Comentários finais | 85 |
| Apêndice | 88 |
| Bibliografia | 103 |

AGRADECIMENTOS:

Ao CNPq pela bolsa de estudo;

Aos colegas do curso de mestrado pelas boas conversas e amizade;

À jornalista Yáskara Laudaes pela dedicada revisão do texto;

Aos funcionários e professores do PROAHSA pela amizade e dedicação;

À minha família pelo apoio e incentivo;

À Profª Drª Edith Seligmann Silva pela amizade, incentivo e boa vontade.

Aos meus pais, Geraldo e Dalva.

Introdução

A partir da preocupação em desvendar as alterações provocadas pela dinâmica processada no setor saúde, surgiu a intenção de pesquisar os dirigentes de hospitais lucrativos, na busca de definir o perfil e posição destes atores sociais ante aos novos contornos que se esboçam no referido cenário. Este é o **objeto** de nossa dissertação.

A participação social aparece como uma manifestação da evolução democrática pela qual atravessa o país, após duas décadas de regime autoritário. É em uma expressão da cidadania ativa, a participação social, o que esta pesquisa se apoiará para incursionar nos discursos anunciados pelos representantes dos hospitais lucrativos, haja visto que tal medida constitucional representa uma mudança de paradigma para a administração dos temas político-assistenciais em saúde.

Este estudo **objetiva** entender como se dá a absorção das mudanças ocorridas na sociedade brasileira - Estado e sociedade civil - pelos dirigentes do segmento hospitalar lucrativo contratado ao SUS, instalado no município de São Paulo, tendo como principal enfocada, a normatização da participação social nas instâncias instituídas de deliberação.

Os entraves impostos ao Sistema Único de Saúde são complexos e de difícil entendimento, mas, justamente pelo alto grau de dificuldade, é que entendemos a necessidade premente de incluir os hospitais entre os objetos de estudo de pesquisas na área de ciências sociais em saúde. Isto porque, historicamente, os mesmos representaram, juntamente com a rede básica de saúde, o *locus* privilegiado para a atenção à assistência de saúde da população¹. O desafio colocado pela conjuntura atual ao SUS e aos hospitais lucrativos também serviu como motivação para lançarmo-nos neste estudo.

¹CANESQUI, Ana Maria (Org.). "Ciências Sociais e Saúde." São Paulo, Ed. Hucitec- Abrasco, 1997, p79-80.

O texto deste trabalho foi dividido em capítulos assim configurados: o capítulo primeiro introduz o tema e trata da metodologia utilizada para a elaboração deste estudo. Apresenta, o universo a ser estudado, o tipo de amostra e os critérios de escolha dos entrevistados, a técnica e o instrumento de coleta de dados.

O capítulo um contém a metodologia deste trabalho. Os critérios de escolha da amostra, a definição do instrumento de coleta de dados e os procedimentos efetivados para a realização deste estudo são partes integrantes deste capítulo.

No capítulo dois estão os conceitos básicos que serão trabalhados na análise dos resultados; os capítulos três e quatro serão destinados ao registro do referencial histórico do setor saúde, onde será traçado um quadro do contexto sócio-político no período pós-64 no Brasil; o desenvolvimento do segmento hospitalar durante o regime militar, bem como do processo de democratização ocorrido no país e suas repercussões no setor saúde. Foram considerados: os movimentos populares, a reforma sanitária e a consolidação dos seus preceitos filosóficos no texto constitucional brasileiro e, ainda, discussões acerca das instâncias colegiadas de decisão.

O quinto capítulo trata da apresentação dos achados na pesquisa empírica. O perfil dos entrevistados, seguido de citações extraídas de suas falas, permite a composição de um quadro geral dos posicionamentos assumidos; o sexto capítulo contém as análises dos resultados, seguindo-se, por último, as conclusões finais do trabalho.

O contexto transformou-se no decorrer das duas últimas décadas, como será verificado no estudo bibliográfico e documental deste trabalho, alterando fundamentalmente as características do cenário em que está contida a instituição hospitalar.

Um aspecto foi especialmente enfocado pelo valor semiológico que possui: a participação social. Esta foi uma questão em que se centrou a investigação proposta, de tal forma a poder aprofundar os conhecimentos sobre o impacto causado pelas alterações no contexto político da saúde sobre os dirigentes de hospitais enfocados pela pesquisa. Em outras palavras, pretendia-se entender como o atual contexto sócio-político e seu arcabouço legal afetam a visão e o comportamento individual dos interlocutores enquanto responsáveis pela direção de hospitais lucrativos, incluindo consciência e responsabilidade social. Os fundamentos teóricos que adotamos consideram a participação social, como parte inequívoca do processo de democratização verificado na sociedade brasileira, no nível das decisões do sistema. Queremos constatar o quanto a visão dos dirigentes se aproximam ou se distanciam deste enfoque.

Isto poderá ser verificado, a partir da obtenção de determinados resultados analíticos que necessariamente perpassam pela compreensão de como os dirigentes desses hospitais se relacionam com o SUS, evidenciando suas impressões acerca da eficácia e eficiência do *know how* administrativo deste sistema; da detecção dos interesses e fatores outros que tenham implicações na maneira do segmento em questão interagir com os demais atores sociais sob a influência das diretrizes propostas na lei; identificação dos aspectos tipificadores da relação instituição/usuário, considerando, para isso, os aspectos históricos dos hospitais e o desenvolvimento do processo dessa convivência; análise da avaliação que o dirigente da instituição hospitalar faz do Conselho Municipal de Saúde e de como se dá a sua participação no mesmo; e as impressões e perspectivas acerca do futuro do sistema.

Entende-se que a pesquisa aqui proposta dará pistas para que o tema acerca das instituições hospitalares possa ser retomado, de modo que preencha a lacuna de

informações sobre o atual perfil das mesmas e suas respectivas condições² para atuar integradamente a outras instâncias e aos atores sociais, na solução dos problemas presentes no setor saúde brasileiro. Não pretendemos esgotar o assunto, mas instigar outros a se lançarem na tarefa de aperfeiçoar a compreensão do que se passa dentro da instituição hospitalar. Adentrar a seara do setor privado da saúde, na tentativa de desmistificar possíveis imagens e preconceitos existentes desfavoráveis ao mesmo, fazendo vir à tona a verdadeira face deste segmento, através de posturas relatadas pelos próprios dirigentes, em interlocução com o pesquisador, sem intermediários, trará novos elementos para o pensar das soluções cabíveis.

As mudanças contextuais que se verificam a partir da contemplação legal dos preceitos defendidos pela Reforma Sanitária, trouxeram consigo redefinições na inter-relação dos atores sociais presentes no cenário da saúde. A Constituição Federal de 1988 expressa nos artigos 196 ao 200, os fundamentos para o estabelecimento de uma nova realidade, calcada principalmente na divisão de responsabilidades entre os níveis de governo e entre estes e a sociedade civil organizada.

Partindo-se da premissa que a inter-relação desses atores sociais sofreu alterações qualitativas, buscamos responder à questão seguinte: como o dirigente de hospital com finalidade lucrativa contratado ao SUS e instalado no município de São Paulo responde as alterações derivadas do processo de democratização do contexto político em que está inserido, levando em consideração, basicamente, a participação social nas ações de saúde? Este é o nosso **problema** de pesquisa.

No contexto, acima mencionado, um dos focos de atenção é o conjunto de preceitos legais, que regulamentam a convivência de diversos atores sociais que tem interesses diretos e indiretos no fluxo de ações assistenciais, financeiras, políticas e

² idem

jurídicas concernentes à saúde. Trata-se de um conjunto complexo, onde podemos nos referir ao segmento de fornecedores, tais como, a indústria farmacêutica, de equipamentos, de materiais de consumo médico e os respectivos distribuidores; aos trabalhadores da saúde, nos níveis governamentais, das instituições privadas; aos proprietários de hospitais; aos dirigentes políticos e aos usuários. Segmentos que se interagem e se influenciam mutuamente, através de seus interesses e ações. Mas pretendemos enfocar apne as um desses segmentos.

Como será analisado mais adiante, a esfera privada privilegiou-se de mecanismos existentes junto à esfera pública, durante os anos de governo militar, para auferir ganhos materiais de tal forma que pudesse expandir-se e sedimentar-se no meio econômico.³ O empresariado privado da saúde, também foi beneficiado com a vulnerabilidade existente no poder público, por meio dos desvirtuamentos ocorridos nos mecanismos de alavancagem financeira, como ocorreu com o Fundo da Apoio ao Desenvolvimento Social- FAS.⁴

Em decorrência do acima exposto, presume-se que a democratização vislumbrada no cenário da saúde gera resistências por parte do segmento em estudo, dada as mudanças presumíveis, nos vínculos de comunicação anteriormente existente entre esfera pública e privada. A liberdade de imprensa propicia, nos dias atuais, o municiamento de informações menos pasteurizadas que, às vezes, formam uma opinião pública muito mais consciente e atenta aos acontecimentos. Os usuários,

³Para maiores detalhes a respeito:

MARTINS, Luciano. *Estado capitalista no Brasil pós64*. rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1985, 265p.

⁴O desempenho do FAS é analisado por BRAGA, J.C. de Souza e PAULA, S. Góes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, Ed. Cebes-Hucitec, 1981, 226p.

enquanto participantes do processo decisório, têm na mídia um insumo valioso para nortear seus posicionamentos.

Os acordos em gabinete, sem uma discussão mais abrangente, que privilegie a pluralidade de idéias em torno dos temas de interesse imediato dos atores envolvidos, correm o risco de serem denunciados e sofrerem as conseqüências cabíveis em cada caso. A simples estrutura de influência para a tomada de decisão e elaboração de políticas, a partir de uma comunhão de interesses elitistas, já não possui o mesmo espaço que outrora.

O **pressuposto** que se faz é de que os dirigentes de hospitais lucrativos paulistanos absorvem tais mudanças com conservadorismo e resistências pontuais, de tal forma que ainda procuram garantir, mesmo que minimamente, regalias historicamente usufruídas. Mesmo que isto represente uma falta de sintomia com a atual e incipiente tomada de consciência coletiva por parte da sociedade civil organizada.

Capítulo 1: Metodologia

A pesquisa proposta tem caráter qualitativo, pois se preocupa em analisar aspectos relativos à visão do dirigente hospitalar representante do segmento lucrativo, na tentativa de compreender melhor as características do seu comportamento diante do país em seus reflexos na saúde. Investigar, a partir do discurso anunciado, é tarefa complexa, pois haverá a necessidade de contrapor as posturas relatadas com o registro histórico conhecido. A abordagem qualitativa da pesquisa foi escolhida, por ser possível analisar tal ator social apenas traçando um perfil com base em dados quantitativos.

Minayo⁵ evidencia que o enfoque quantitativo não chega a alcançar o significado dos fatos, essenciais para a descoberta e mapeamento mais fidedigno da realidade, apesar de reconhecer nos métodos quantitativos poderosos instrumentos de investigação.

Minayo⁶ classifica os dados de uma entrevista em objetivos e subjetivos. Os primeiros pertencem ao nível ecológico ou morfológico da realidade e, os segundos, ao individual - valores, crenças e opiniões. E é nessa segunda classificação que a abordagem qualitativa se enquadra como mais eficiente, no sentido de se conseguir fazer uma “fotografia”, com riqueza de detalhes, da realidade que buscamos alcançar. Assim, considerando o problema enfocado, o objeto e os objetivos deste trabalho, elegemos a entrevista como a técnica mais adequada para a captação conjunta de dados objetivos e subjetivos destinados a uma análise integrada. Foi então preparado o instrumento: um roteiro para entrevista semi-estruturada.

⁵MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo- Rio de Janeiro, , Ed. Hucitec- Abrasco, 1993,p. 19-36.

⁶MINAYO, M. C. S. *op. cit.* p.108-109.

A comunicação verbal possibilita a entrada no mundo do interlocutor, de tal maneira que se consiga desvendar as representações, em dadas condições históricas, sócio-econômicas e culturais. A palavra também é entendida como um instrumento para a disseminação de ideologias, através de vários artifícios, como explicitado por Montero⁷, pois é na ideologia que se apoiam os argumentos sobre a retórica utilizada. Existem estratégias discursivas adotadas com o intento de propagar, manifestar ou ocultar determinados aspectos da realidade circundante com relação a classes e atores sociais, assinalando a autora que se trata de forma de defesa de certos interesses e certas idéias. As estratégias identificadas pela autora incluem formas de manejos, ocultação e negação, entre outros. Neste estudo demos destacada atenção para a “lógica da contradição”, também enfocada pela autora citada, aspecto que supõe a aceitação ou a inclusão de elementos dissonantes no discurso.

Na oportunidade da pesquisa empírica deste estudo, buscou-se identificar os elementos constitutivos dos discursos anunciados pelos interlocutores, relacionando-os com os conceitos e referenciais históricos expostos no texto.

Em nenhum momento pretendemos analisar as entrevistas a partir de uma perspectiva psicanalítica, nem muito menos linguística, e sim, de um ponto de vista mais vinculado à sociologia. Boutet⁸ afirma que o sociólogo enfoca os dados da linguagem falada na perspectiva de seu conteúdo e procura ir diretamente ao que isto quer dizer. Também enfatiza que, para o sociólogo, as línguas são entendidas como “veículo do pensamento, dos comportamentos e dos atos”. Acreditamos que, no

⁷MONTERO, M. Estratégias discursivas ideológicas. In: LANE, S. T. M., SAWAIA, B. B. *Novas veredas da Psicologia Social*. São Paulo: Educ, 1995, cap. 6, p. 83-95.

⁸BOUTET, J. La question de l'interpretation en linguistique. In: DEJOURS, C. (Org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, vol 1, 1987. p.133.

campo das ciências sociais aplicadas, como no caso deste estudo, esta é a abordagem mais adequada.

PROCEDIMENTOS

Realizamos um levantamento bibliográfico com o auxílio de banco de dados. Os títulos selecionados tiveram seus conteúdos analisados e, quando relacionados ao tema, foram fichados.

Para a elaboração do roteiro de entrevista semi-estruturada levamos em consideração a busca de dados referentes a quatro categorias de análise: o Estado, SUS, Usuário e Conselho Municipal de Saúde.

- 1) Estado: forma de o dirigente hospitalar entender o Estado, enquanto entidade reguladora, planejadora, financiadora e, quando necessário, executora de ações voltadas para o setor da Saúde, em todos os seus níveis administrativos, ou seja, federal, estadual e municipal, contemplando os seus respectivos governos;
- 2) SUS: a concepção acerca do Sistema Único de Saúde, não restrito ao conjunto de ordenação jurídica que o regulamenta, e à massa patrimonial e ações técnico-administrativas implicadas no seu funcionamento, mas basicamente no que se refere a sua representação como valor social e de cidadania;
- 3) Usuário: visão sobre o consumidor de serviços de saúde, independente de sua condição social, econômica, cultural e que busca no hospital a resolução dos agravos sofridos por sua saúde;
- 4) Conselho Municipal de Saúde: que concepção é feita acerca dessa instância instituída, que tem a função de reunir os diversos atores sociais envolvidos no tema saúde para deliberarem sobre as ações administrativas do Sistema.

A elaboração do roteiro também buscou averiguar as referências profissionais de cada entrevistado, a sua interação com o desenvolvimento da instituição à qual estão ligados e percepções acerca dos acontecimentos no contexto econômico e político atual.

O roteiro de entrevista foi colocado à prova em um pré-teste realizado com três dirigentes hospitalares indicados por pessoas conhecidas. Cabe ressaltar que estes diretores administram hospitais fora do município de São Paulo.

Para detectarmos o universo a ser estudado, obtivemos junto à Secretaria de Estado da Saúde, uma relação dos hospitais privados lucrativos com contrato de prestação de serviços para o SUS e instalados no município de São Paulo.

Optamos inicialmente por fazer um estudo amostral, de tal forma que propiciasse inferir sobre as questões a serem abordadas. Em virtude de existir a possibilidade de recusa em conceder entrevista, por parte do interlocutor em foco, além do fato de se buscar hospitais com perfis definidos distribuídos em uma área geográfica específica, decidimos por determinar uma amostra intencional para a realização do trabalho de campo.

Para selecionar os hospitais, partimos do conhecimento apoiado em dados censitários de que as várias regiões da cidade de São Paulo abrigam clientela socio-economicamente diferenciáveis de serviços públicos de saúde, em função de sua diversidade de perfis sócio-econômicos, o que pode definir seu perfil epidemiológico e a maneira de “cobrar” por assistência médico-hospitalar.

De acordo com o censo demográfico de São Paulo elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - em 1991, a remuneração média do chefe de família, tomando como referência com o piso nacional de salário em vigor naquele ano, nos respectivos distritos da cidade, pode-se afirmar o seguinte:

- zona norte 1: de 3,55 a 10,66;
- norte 2: de 3,54 a 6,36;
- centro histórico: de 5,74 a 10,98;
- centro expandido: de 9,60 a 22,53;
- zona oeste: de 4,05 a 28,82;
- zona leste 1: de 4,09 a 8,92;
- zona leste 2: de 2,88 a 4,08;
- zona sul: de 3,41 a 22,08 e
- zona sudeste: de 3,94 a 12,03.

Os distritos mais afastados do centro possuem uma remuneração média menor em relação aos distritos mais centrais, em sua maioria.

Além do perfil da clientela, também foi tomado como critério determinante de escolha o tipo de serviço: foram considerados por nós unicamente os hospitais gerais⁹. A intenção foi a de acessar um hospital em cada uma das referidas zonas.

Baseado na lei de estabelecimento da territorialidade de distritos, subdistritos e municípios do Estado de São Paulo¹⁰, bem como nas leis subsequentes de atualização territorial, foi estabelecido que os distritos se agrupam em zonas dentro do município de São Paulo¹¹. A tabela abaixo resume a distribuição dos distritos nas respectivas zonas:

⁹Os dados, tais como porte, localização, especialidades oferecidas e vínculo com o SUS, são atribuídos ao relatório obtido junto ao CIS- Centro de Informação de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de março de 1997.

¹⁰ Conforme Leis estaduais de nº: 8.092, de 28 de fevereiro de 1964; 2.343, de 14 de maio de 1980 e 4.954, de 27 de dezembro de 1985; e Lei municipal de nº 11.220, de vinte de maio de 1992.

¹¹EMPLASA. *Sumário de dados da Grande São Paulo, 1994*. São Paulo: Emplasa, 1995, p.24.

| | |
|------------------|---|
| | Distribuição dos distritos por zonas. Distritos componentes. |
| Norte 1 | Tucuruvi, Santana, Freguesia do Ó, Casa Verde, Jaçanã, Mandaqui, Tremembé, Vila Maria, Brasilândia, Vila Guilherme, Limão, Cachoeirinha, Vila Medeiros. |
| Norte 2 | Jaguara, Pirituba, São Domingos, Jaraguá, Perus. |
| Centro Histórico | República, Brás, Belenzinho, Cambuci, Mooca, Pari, Barra Funda, Bom Retiro, Sé. |
| Centro Expandido | Lapa, Perdizes, Jardim Paulista, Vila Mariana, Santa Cecília, Consolação, Liberdade, Jardim Paulista, Alto de Pinheiros, Pinheiros, Bela Vista, Vila Leopoldina. |
| Oeste | Anhaguera, Campo Limpo, Jaguaré, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Andrade, Vila Sônia, Butantã. |
| Sul | Campo Belo, Campo Grande, Capão Redondo, Cidade Ademar, Cidade Dutra, Grajaú, Itaim Bibi, Jardim Âgela, Jardim São Luís, Moema, Pedreira, Santo Amaro, Jabaquara, Socorro, Parelheiros. |
| Sudeste | Água Rasa, Cursino, Sacomã, São Lucas, Vila Prudente, Sapopemba, Saúde, Ipiranga. |
| Leste 1 | Aricanduva, Artur Alvim, Tatuapé, Ermelino Matarazzo, Vila Matilde, Penha, Vila Formosa, Ponte Rasa, Carrão, Cidade Líder, Cangaíba. |
| Leste 2 | Cidade Tiradentes, Jardim Helena, José Bonifácio, Lajeado, Parque do Carmo, São Rafael, Vila Curuçá, Vila Jacuí, São Miguel Paulista, Itaquera, Guaianazes, São Mateus. |

Fonte: Emplasa

A partir da lista fornecida pela Secretaria Estadual de Saúde foi possível constatar a quantidade e a distribuição das unidades hospitalares no município de São Paulo, que ficou assim configurada: zona norte 1: seis hospitais; zona norte 2: um; centro histórico: cinco; centro expandido: nove; zona sul: oito; zona sudeste: três;

zona leste 1: quatro; zona leste 2: dois e zona oeste: um. Ao todo, somam trinta e nove hospitais.

Cabe observar a desatualização do cadastro obtido na Secretaria Estadual de Saúde, pois deste total de hospitais classificados como privados lucrativos contratados junto ao SUS, aos contatos realizados pelo autor, vinte e um hospitais afirmaram não vender mais serviços para o Estado. O período entre a obtenção da listagem com os registros oficiais e esta constatação foi de três meses. Três hospitais filantrópicos estavam erroneamente indicados como contratados¹², um havia sido municipalizado e, de um outro hospital, obtivemos a informação de que havia fechado. As informações foram checadas por telefone junto aos hospitais relacionados. O resultado foi uma mudança radical no quadro verificado anteriormente, a saber: zona norte1: um, zona norte 2: nenhum, centro histórico: dois, centro expandido: três, zona sul: três, zona sudeste: um, zona leste 1: um, zona leste 2: dois, zona oeste: nenhum. A tabela abaixo mostra a diferença entre os dados obtidos no registro oficial e os constatados na realidade:

¹²De acordo com a descrição de variáveis para tabulação sobre as Bases de dados do SIH/SUS fornecido pelo DATASUS, a natureza, ou seja, o tipo de vínculo que a unidade hospitalar tem com o SUS, diz que “contratado” se refere àquela unidade privada que é não filantrópica e não universitária.

| Zonas | Nº de Hospitais Registrados | Nº de Hospitais Constatados |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Norte 1 | 6 | 1 |
| Norte 2 | 1 | - |
| Centro Histórico | 5 | 2 |
| Centro Expandido | 9 | 3 |
| Oeste | 1 | - |
| Sul | 8 | 3 |
| Sudeste | 3 | 1 |
| Leste 1 | 4 | 1 |
| Leste 2 | 2 | 2 |
| Total | 39 | 13 |

A diferença é grande, merece ser enfatizada, pois revela a extensão dos desvinculamentos entre SUS e hospitais privados.

Foram escolhidos nove hospitais dispersos nas zonas acima descritas. Destes, em dois os diretores se recusaram a conceder entrevista. Nas zonas oeste e norte 2, como mencionamos, dos dois únicos hospitais registrados, um já não possuía mais contrato de prestação de serviços para o SUS e outro é filantrópico. Foram escolhidos outros hospitais para cobrir as zonas restantes: sudeste e sul. Mas também obtivemos respostas negativas. Primeiramente, priorizamos o acesso ao proprietário do estabelecimento, deixando para segunda alternativa um diretor que pudesse responder na ausência ou impossibilidade do primeiro. Os contatos foram realizados por apresentação escrita e via telefone. As entrevistas foram realizadas durante os meses de novembro e dezembro de 1997.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, em sua íntegra, pelo pesquisador, para posterior análise dos respectivos conteúdos.

Capítulo 2: Fundamentos conceituais.

Antes de abordarmos os fatos históricos relativos ao desenvolvimento do segmento hospitalar lucrativo é necessário expor os conceitos que serão adotados. A explicitação dos dados coletados na pesquisa empírica foi feita com os elementos definidos dentro dessa conceituação. A definição desses conceitos permitiu um enriquecimento de informações sobre as percepções do dirigente hospitalar em relação à evolução do cenário da saúde e sua interface com o contexto sócio-político-econômico do País. A seguir, serão apresentados os conceitos com que embasamos a análise do tema: cidadania, transição democrática, ideologia, Estado brasileiro e anéis burocráticos.

CIDADANIA

Difícil conceituar cidadania, não somente pela relação estreita e direta com a democracia, mas por estes conceitos não serem estáticos e sofrerem alterações com o passar do tempo, além de terem seus contornos circunscritos a uma dada circunstância histórica. Assim, o que se entende como cidadania em determinado contexto histórico, pode ser completamente diferente em outro. Entretanto, é inconcebível imaginarmos o conceito de cidadania sem uma ordenação jurídica que a consolide, porque tal ordenamento é que define a fisionomia, o perfil e o limite.

A cidadania, segundo Marshall¹³, engloba três tipos de direitos: os civis, os políticos e os sociais. Os direitos civis se estabeleceram com as lutas da fase liberal clássica, nos séculos XVII e XVIII, através da conquista dos direitos à vida, à liberdade e à propriedade. Os direitos políticos não passam de consagração histórico-evolutiva operada ao cabo dos tempos como desdobramento natural da conquista dos próprios direitos civis e referem-se basicamente à liberdade de associação, de crença e

¹³MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Zahar, Rio de Janeiro, 1967, p. 63-66.

pensamento, além de notadamente, dizer respeito à participação política através dos mecanismos postos pela ordem jurídica. Os direitos sociais, por sua vez, vão surgindo a partir da percepção das contradições da ordem capitalista pela sociedade, justificando a necessidade de que os mesmos se afirmem.

Marshall admite um curso natural para a ampliação da cidadania, tomando como base a evolução histórica da sociedade inglesa, mas não examina as condições específicas que tal processo pode adquirir nos mais diversos contextos, com respectivos imbricamentos e contornos sociais. As críticas que são feitas ao modelo marshalliano desautorizam universalizá-lo, porque a base de sua análise é a evolução histórica inglesa, não considerando as demais experiências. Isto minimiza algo problemático - o contexto em que se inserem desigualdades sociais ao lado da emergência de instâncias de igualdade¹⁴.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconhece o exercício do poder pelo povo, por intermédio de mecanismos democratizantes, seja através de representantes ou diretamente. Já no primeiro artigo constitucional verificam-se registros, tais como soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e pluralismo político. O artigo 14 prevê mecanismos de atuação democrática para os indivíduos, através de plebiscito, referendo e iniciativa popular¹⁵.

Não obstante, a ordenação jurídica que delimita a cidadania não faz por si própria com que todos os indivíduos componentes de uma determinada sociedade ajam sob a plena noção de suas condições, no tocante aos aspectos político, civil e

¹⁴MISHRA, R. *Society and social policy: theories and practice of welfare*. 2ª ed., Londres, Mac Millan, p30, apud LEITE, Márcia S. P. "Políticas sociais e cidadania". *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 1 (1), Rio de Janeiro, 1991, p.117-131.

¹⁵BRASIL, Constituição: República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988, Brasília: Centro Gráfico do Senado, p.18.

social. A simples constatação, em texto legal, de mecanismos garantidores de participação política e social dentro do Estado, não fazem com que estes sujeitos sejam atores, a não ser que efetivamente façam valer seus direitos de cidadania através da atuação concreta cotidiana. Em outras palavras, o aspecto cultural é determinante para que se verifique o exercício da cidadania em sua plenitude.

Benevides¹⁶ defende este ponto de vista, afirmando ser necessário a incorporação de uma cultura política que modele a cidadania, arraigando aos costumes do povo um comportamento ativo como resposta à tradição oligárquica e patrimonialista. Para a autora os costumes representam um grande problema na legitimação dos mecanismos de participação popular, precisando, portanto, serem mudados, quando representarem uma postura passiva e omissa.

Vianna¹⁷ traz uma contribuição ao afirmar que a participação popular não deve estar restrita à fundamentação jurídica e, acrescenta, a descentralização das ações de saúde e sua consequência fundamental desejada, a democratização, não se esgota na presença de representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde.

Moisés¹⁸ afirma que a cultura política não é um fator que, exclusivamente, possibilita as condições necessárias ao surgimento de um regime democrático, mas é fundamental para o processo de sedimentação do mesmo. Também alega que a maneira como o pacote institucional democrático é formulado e apresentado à

¹⁶BENEVIDES, Maria Victória de M. *A cidadania ativa: Referendo, plebiscito e iniciativa popular*. 2ªed. Ática, São Paulo, 1996, p.193-195.

¹⁷VIANNA, S. Magalhães. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº35, p.35-38, julho 1992.

¹⁸MOISÉS, José A. *Os brasileiros e a democracia: bases sócio-políticas da legitimidade democrática*. Ática, São Paulo, 1995, p. 97.

sociedade, incluindo elites dirigentes e massa de cidadãos, é importante para o consentimento. Cabe ressaltar que a comunicação social, através da mídia, assume papel importante neste processo. Isso, partindo-se da compreensão de que os meios de comunicação de massa possam assumir uma função educativa.

Na tentativa de sintetizar melhor o termo cidadania, coloca-se o direito irrestrito à saúde, para qualquer indivíduo, como um símbolo, uma meta a ser alcançada através da evolução político-cultural brasileira. Não que seja uma afirmação tipicamente marshalliana, na qual o amadurecimento social venha a reboque de um processo histórico natural, milimetricamente concatenado, mas que se fortaleça o entendimento de saúde como um direito social de cidadania .

TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA

Segundo O'Donnel e Schmitter¹⁹ para entender o termo transição democrática, cabe consubstanciar primeiro o que é transição. Esta consiste em um intervalo de tempo em que se verifica a mudança de um regime político para outro, seja qual for o novo perfil assumido. Consta-se o início de uma transição pela mudança nas regras políticas e posterior indefinição das mesmas, isto em função das contestações emergidas no processo pelos atores envolvidos que defendem interesses imediatos e de representados. Talvez, a característica mais forte do processo de transição é que as regras e procedimentos estão sob o controle de agentes, caso contrário, estariam protegidos por um arcabouço jurídico institucional ou organismos independentes, e o indício mais contundente de que uma transição se inicia é quando estes agentes

¹⁹O'DONNELL, Guillermo e SCHMITTER, Philippe C. *Transições do regime autoritário: primeiras conclusões*, p.25.

perdem o controle e começam a mudar as regras para darem suporte e garantias aos direitos de indivíduos e grupos.

A democratização se dá quando os direitos dos sujeitos integrantes da sociedade se igualam em direitos às obrigações, por conseguinte, todos são encarados pela ordem jurídica vigente como iguais em relação a todas as escolhas coletivas, responsabilidades e ao acesso aos membros da comunidade política, e também, respeito às decisões coletivas. Conferem, ainda, direitos aos governantes para agir com autoridade no sentido de garantir a ordem estabelecida.

Bobbio²⁰ vai além e defende o ponto de vista em que o grau de democratização de uma sociedade não se mede pela integração entre um arcabouço jurídico-institucional com traços de democracia semidireta, mas sobretudo pela condição de os indivíduos participarem do corpo deliberativo de uma dada coletividade. Em outras palavras, considera a passagem da democracia de uma esfera política para uma esfera social, na qual o indivíduo assume uma gama ampla de significações, tais como o trabalhador, o empresário, o pai, o filho, o aluno, o professor, o médico, o doente, etc. Ao mesmo tempo, o cidadão está nos dois extremos do processo decisório, seja tomando decisão, por intermédio do voto, seja absorvendo os efeitos da tomada de decisão. Como se assumisse o papel de administrador e administrado, de produtor e consumidor. Passa da grande sociedade política ao campo da sociedade civil em suas diversas articulações e percebe que a tomada de decisão política está condicionada e determinada pelo que se desenrola neste segundo universo.

²⁰BOBBIO, Norberto *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. 3ª ed., Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1987, p.155-156.

O'Donnel e Schimtter²¹ afirmam que não existe uma regra única para a caracterização de uma democracia, nem mesmo que seja o princípio da maioria, a representação territorial, a soberania do poder legislativo ou a eleição direta do poder executivo. Para eles a modalidade assumida em determinado país é consequência de contingências, mas requerem um mínimo de especificidade para que possam ser identificados elementos de democracia política, tais como voto secreto, sufrágio universal, eleições regulares, competição interpartidária, reconhecimento das associações voluntárias e responsabilidade executiva dos governantes. No Brasil, a luta por melhores condições de saúde e assistência levou à formação de vários movimentos sociais, como veremos adiante.

IDEOLOGIA

Poulantzas²² discute o termo ideologia e afirma que em um nível objetivo, é um conjunto coerente de representações, costumes, crenças, valores que possibilitam que os indivíduos determinem a sua maneira própria de lidar com os elementos cotidianos circundantes, ou seja, com a natureza, a sociedade, os homens, e suas atividades, tanto a econômica, quanto a política. A ideologia está tão presente na vida dos homens que é difícil desvinculá-la da maneira como esta é encarada e vivenciada.

Mas, antes de analisar a ideologia sob o prisma político, cabe ressaltar que existem vários âmbitos nos quais a ideologia pode impor sua presença, tais como no campo moral, estético, religioso, econômico, filosófico, jurídico, etc. É certo que tais

²¹O'DONNEL, G e SCHIMITTER, P. *op.cit.*

²²POULANTZAS, Nico. *Poder político y clases sociales en el estado capitalista*. México: Siglo, 21ª ed., p.263.

campos ideológicos, a depender do enfoque, trazem consigo a supremacia de determinado aspecto sobre os demais. Mas o que se pretende afirmar é que na obediência à coerência de um discurso ideológico todos os campos estão ajustados tendo como referência uma dada visão de mundo tendenciosa.

A palavra ideologia foi usada com sentido político por Karl Marx²³. O autor tinha como foco principal de seus trabalhos a luta de classes e a forma de alterar profundamente a estrutura social vigente àquela época. Simplificadamente, o termo ideologia representava uma forma enganosa na qual os proprietários buscavam justificar suas posturas antioperárias. Existia uma divisão muito clara entre o conjunto de idéias das classes existentes. O proletariado tinha uma visão de mundo muito própria e divergente da classe burguesa.

Com a Revolução Russa, em 1917, liderada por Lênin, a distância entre as classes diminuiu, e o que anteriormente eram duas formas diferentes de ver o mundo, passou a confundir-se em função de uma integração maior entre estas perspectivas, ou seja, a classe operária obteve ganhos qualitativos no nível de vida. Podemos dizer, *grosso modo*, que as idéias dos burgueses começaram a fazer parte das idéias dos trabalhadores. Lukacs, segundo Poulantzas²⁴, representa uma ruptura no pensamento marxista, pois ele afirmou que a consciência operária possuía uma noção ambígua tanto a que reforçava o ideário de solidariedade, união dos trabalhadores, mudanças revolucionárias, quanto um pensamento individualista, voltado para o bem estar próprio, em detrimento dos demais.

²³POULANTZAS, Nico. *op. cit.* p. 247.

²⁴POULANTZAS, N. *op. cit.* p. 249-251.

A noção de ideologia não representa apenas uma radicalização a favor ou contra o proletariado, é algo muito mais abrangente e complexo. Entretanto, cabe a afirmativa de que é um artifício usado para conformar estruturas sociais, levando-se em consideração todos os desníveis pertinentes a sua própria realidade.

Poulantzas²⁵ afirma que o papel político da ideologia dominante burguesa, dominada pelo aspecto jurídico-político, consiste em impor à sociedade um modo de vida, no qual o Estado é o representante do interesse geral. Tal concepção ideológica é justificada pela participação livre e igual dos sujeitos de um país, mas sob a égide das classes dominantes, que se consideram a encarnação da vontade popular.

Seguramente, numa sociedade estratificada por classes, cabe a afirmativa de que existe uma relação imaginária entre a realidade concreta e os indivíduos forjada por uma ideologia dominante. A sua função social não é propiciar um conhecimento verdadeiro, mas confundir, no nível das idéias, a visão de mundo entre classes distintas, dominada e dominante, de modo que pareçam semelhantes e, dessa forma, mantenham a estrutura social estática, conformando os posicionamentos coletivos de seus integrantes.

Montero²⁶ traz uma contribuição importante para esta discussão, pois consegue analisar o conceito de ideologia sob a perspectiva da psicologia social. A autora faz uma distinção entre duas formas fundamentais de entender o termo: uma primeira que denomina de ciência das idéias, na qual se buscava uma melhora nas condições sociais dos indivíduos, tendo a racionalidade como meta; a segunda, de

²⁵POULANTZAS, N. *op. cit.* p.281-282.

²⁶MONTERO, M. Estratégias discursivas ideológicas. In: LANE, S. T. M, SAWAIA, B. B. *Novas veredas da Psicologia Social*. São Paulo, Educ, 1995, cap.6, p.85.

significado pejorativo, atribui à ideologia a função de ludibriar a consciência coletiva, trazendo conformismo a uma estrutura social de desigualdades, em virtude da propriedade dos meios de produção capitalista. Entretanto, trabalha com a síntese de que o termo ideologia representa uma forma de “ocultação e distorção”, usada com a função de manter a hegemonia de interesses específicos, e que se manifesta através da linguagem. Não somente da linguagem do senso comum, mas também da linguagem científica.

Em seu trabalho, Montero²⁷ deixa claro que todos são objetos e sujeitos na elaboração da ideologia, descartando a concepção de que existe exclusividade de sua produção por uma “esfera macrossocial” longínqua. Em outras palavras, as pessoas são agentes produtores dinâmicos, transmissores, modificadores, contestadores e refutadores da ideologia. A autora, ao afirmar que todos estão aptos ao processo produtivo da ideologia, está defendendo que tanto o senso comum, quanto o pensamento científico, utilizam modos de expressão como artifício retórico para sustentar a argumentação ideológica.

A partir dessas práticas sociais utilizadas para a confirmação e defesa de uma concepção própria de mundo, tentaremos buscar os elementos constitutivos do discurso anunciado pelos interlocutores, na oportunidade da pesquisa empírica deste trabalho, relacionando-os com os conceitos apresentados e referenciais históricos que passaremos a relatar mais adiante.

O ESTADO BRASILEIRO

Não pretendemos aqui debater sobre as teorias clássicas acerca do Estado. Nem tão pouco exaurir o assunto, traçando uma descrição detalhada, que vá dissecar

²⁷MONTERO, M. *op.cit.* p.86.

todas as interrelações e imbricamentos relativos ao contexto das relações do Estado com a sociedade. Pretendemos construir um cenário mínimo, em que corremos o risco de omitir alguns fatos. Mas acreditamos propiciar o entendimento das proposições posteriores em relação ao desenvolvimento do segmento hospitalar privado com finalidade lucrativa.

A análise parte de uma afirmação de Martins²⁸, na qual defende que o desenvolvimento capitalista pode gerar estruturas diferentes, pois em cada realidade específica percorre-se caminhos distintos. Isto porque, o mesmo modo de produção pode gerar contornos estruturais na sociedade de acordo com o desenvolvimento histórico somado às especificidades de cada contexto nacional. Para consubstanciar este ponto de vista, o autor citado apresenta três fenômenos que explicam o processo de desenvolvimento e composição Estado/sociedade nos países de industrialização recente: a) o conjunto de fatores intrínsecos à realidade econômica de cada nação deriva de condições específicas de adaptação aos momentos dos países centrais, irrefutavelmente em condições mais evoluídas de organização. O que equivale dizer, que os países periféricos tem um desenvolvimento do tempo histórico de maneira inconstante, marcado por rupturas para se adaptar aos fatores externos; b) os efeitos da dependência aos países centrais e da internacionalização da economia resultando, de um lado, numa articulação do capital estrangeiro presente nos países periféricos e, de outro, das classes dominantes locais identificando seus interesses e formas de articula-los e c) a dimensão política detém uma autonomia ante à dimensão econômica e social nestas sociedades, o que propicia as condições para que o Estado

²⁸MARTINS, Luciano. *Estado capitalista e burocracia no Brasil pós 64*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1985. p.15 - 40.

defina as suas próprias dimensões e influência na sociedade, bem como de seus aparelhos.

A afirmação fundamental que se pretende fazer neste início é de que a relação, nos países de industrialização recente, entre Estado/sociedade é percebida com base na pouca capacidade de mobilização social dos setores da sociedade civil, e que o primeiro exerce função primordial para a organização da acumulação capitalista, seja propiciando as condições ambientais necessárias ou atuando como o produtor, através de empresas estatais.

O Estado brasileiro, como todos aqueles de industrialização recente, possui características muito específicas. Estes contornos *sui generis* ficam muito evidentes em face da peculiaridade da formação do sistema produtivo, dos modelos de acumulação, da estrutura de classes dominantes e da organização do poder político.

Isto significa dizer que o cenário nos anos do autoritarismo: a) possuía uma classe dominante sem uma definição forte de sua composição; b) uma relação entre Estado e sociedade marcada pela desarticulação dos segmentos civis; c) forte influência do capital estrangeiro presente no país, em função das proporções mundiais das relações comerciais e pela falta de capital nacional para investimento em determinadas áreas de grande importância para a economia e desenvolvimento brasileiro.

Daí, existir uma dissonância entre as necessidades da nação, os interesses políticos e os interesses de grupos econômicos - como parece ser o caso de empresários do setor saúde, o que proporcionou um choque entre a ação do Estado e os interesses defendidos pelos detentores do poder político.

Através desta característica, surgida em função da dinâmica do processo de industrialização tardia e a grande dependência em relação aos países centrais, o Estado

brasileiro foi vitimado por mecanismos que o deixaram vulnerável aos interesses externos. Sendo assim, segmentos da sociedade passaram a obter favorecimentos materiais, confundindo o Estado com uma entidade repassadora de recursos, sem critérios que beneficiassem o coletivo, o que proporcionou o surgimento de determinados grupos privilegiados devido ao estreito relacionamento com determinados representantes do Estado.

Cardoso²⁹ coloca o empresariado e a classe média como os primeiros privilegiados pela configuração da relação Estado/sociedade. No tocante ao primeiro, a burguesia empresarial articulada nas grandes empresas e, quanto ao segundo, os que se protegeram na porção empresarial do Estado e também nas grandes empresas, incluídos os militares que, assumiram a tarefa de dar sequência ao desenvolvimento capitalista.

Estes setores de classes passaram a ocupar espaço dentro da estrutura do Estado, de tal forma que garantiram a dominação do empresariado sobre as outras classes e, conseqüentemente, as condições para que os mecanismos de acumulação funcionassem. Os instrumentos para que isso se desse são verificados na Constituição de 1967 e nas políticas econômicas adotadas, com franco privilégio de ações de cunho empresarial.

OS ANÉIS BUROCRÁTICOS

Cardoso³⁰ procurou definir a interseção entre o público e o privado dentro do contexto político administrativo brasileiro como mecanismos de pressão pontuados, e

²⁹CARDOSO, Fernando Henrique. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1975, p 178.

³⁰idem

muito específicos, aos quais denominou “anéis burocráticos”. Os referidos anéis possibilitaram que os interesses privados fossem defendidos no interior do Estado, através da influência e articulação de segmentos de fora do âmbito público exercidos em elementos ocupantes de cargos na estrutura estatal. Não se quer dizer com isso que a sociedade civil conseguia obter o seu espaço para extrair da esfera pública o atendimento de suas demandas, sejam elas quais fossem. O que fica patente é que determinados setores, privilegiados pela condição de investimento financeiro e articulação política, obtinham tal espaço para influir nos núcleos de definições das políticas e estratégias governamentais, de modo a se beneficiarem delas. Cabe ressaltar, ainda que, não existia, necessariamente, representatividade de classe nesta dinâmica, pois os agentes envolvidos protegiam apenas interesses individualizados.

Como exemplo da falta de representatividade da sociedade civil basta citar a superposição ocorrida entre os anéis e partidos políticos que, por sua vez, perderam a capacidade de atuação determinante de ações junto aos detentores formais do Poder. Haja visto que o regime de então praticamente anulava o trabalho de parlamentares.

Simplificando o seu ponto de vista, Cardoso afirma que existem dois tipos de organizações burocráticas atuantes neste contexto, de níveis de complexidade distintos, e que polarizam as ações no processo de dominação: a) a grande empresa privada que pauta sua ação privilegiando a realização de lucros, não observando os interesses da nação e b) a burocracia pública que tende a se definir nos marcos da nação. As empresas privadas não possuem um comportamento sem conflitos, pelo contrário, a característica de buscar resultados individualizados traz em seu bojo a possibilidade de disputas por objetivos concorrentes ou divergentes. Já a burocracia pública pode ter, na realocação de funcionários na estrutura organizacional do Estado,

a ruptura de eventual anel em processo, obrigando a remontagem da ação dos envolvidos.

Os referidos anéis cortam estas estruturas, de tal forma que partes dessas burocracias se confundem, seja pelos seus quadros, seja pelos seus interesses. Empresas Públicas, Ministérios, divisões, setores, etc podiam ter seus elementos cooptados pelos sistemas burocráticos existentes no setor privado. Empiricamente estes grupos sociais acima referidos eram compostos por funcionários públicos, militares, e profissionais captados da iniciativa privada, tais como engenheiros, economistas, administradores, juristas, jornalistas e outros identificados com o discurso desenvolvimentista econômico³¹.

Para caracterizar o envolvimento em um dado anel não era preciso existir um sentimento de solidariedade ou buscas de recursos políticos de interesses comuns a classes determinadas, mas apenas o temporário interesse de unir condições e esforços para alcançar um objetivo ou resolver um problema. Diferentemente do *lobby*, que implica na organização mais geral da sociedade civil em torno de determinada questão.

A designação de governadores e superintendentes de órgãos diretamente ligados ao Estado, tais como Sudam, Sudene, bancos oficiais com abrangência regional e outras estruturas burocráticas permitiram que, em regiões administrativas, se verificasse também a prevalência de elementos muito identificados com os interesses dos segmentos elitizados das classes dominantes. A tecnocracia aparecia como o instrumento forte de argumentação para justificar as decisões a serem tomadas, pois assim sendo, mascarava qualquer intenção de privilegiamento de

³¹Para mais informações sobre a formação e perfil dos quadros do Estado ver Martins, Luciano . *Estado capitalista e burocracia no Brasil pós 64*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1985.

pequenos grupos. A vertente técnica possuía o poder da determinação de ações e estratégias postas em prática, como se gestadas no interior da máquina estatal, mas com a anuência da burocracia privada.

Cordeiro³² assinala os anéis burocráticos no setor saúde, através da influência da tecnoburocracia do IAPI no processo de unificação dos institutos previdenciários, mas também por fatos antecedentes que prepararam as condições ideais para a expansão hospitalar com objetivos de acumulação capitalista.

Segundo o relato deste autor, as tentativas implementadas no âmbito do Ministério da Saúde, ainda nos anos antecedentes ao regime militar, no sentido de tornar este órgão público o centro das decisões em saúde, aí entendidas as ações assistenciais, foram efetuadas por um projeto de lei apresentado à Câmara dos Deputados, o que visava estabelecer bases para organizar a assistência médico-hospitalar preventiva e curativa em todo o território brasileiro. Este projeto representava as idéias defendidas pela Comissão Especial para Assistência Hospitalar. Em alternativa a este projeto, dois anos mais tarde, foi defendida a criação de um Fundo Nacional de Assistência Médico-Hospitalar a ser gerenciado pelo Ministério da Saúde, através de uma comissão da qual faria parte um representante Conselho Médico da Previdência Social. O autor não deixa claro se estes projetos favoreceriam a expansão do aparelho estatal de saúde ou se acelerariam o processo de privatização do setor hospitalar. O que cabe ressaltar é que desses projetos foi subtraída sua idéia e objetivos essenciais, ou seja, a centralização administrativa como instrumento de privilegiar o setor médico hospitalar com finalidade lucrativa.

Em agosto de 64, o então presidente Castello Branco recebia proposta do ministro da Saúde para unificar os serviços médicos da Previdência Social e a

³²CORDEIRO, Hésio. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal, p.52-60.

necessidade de criar subsídios para a iniciativa privada. Com o objetivo de estudar a matéria, foi sugerido que se criasse uma Comissão Especial interministerial e que deveria ser chefiada pelo presidente da Comissão Médica da Previdência Social. Outra Comissão foi constituída , em maio de 64, e sugeriu a criação de um instituto que centralizaria os recursos financeiros dos demais institutos previdenciários e aglutinaria, ainda, o SESC, SESI e FSESP.

Nenhuma das propostas se concretizou, mas foram o *locus* em que se deram os primeiros ensaios determinantes ao cenário propício para a articulação de entidades emergentes do setor empresarial, associações de hospitais e entidades ligadas à medicina, no sentido de centralizar institucionalmente as decisões de assistência à saúde, que mais tarde veio a ser o Instituto Nacional de Previdência Social -INPS, como relataremos a seguir.

Capítulo 3: O Setor da Saúde no período pós 64.

O SEGMENTO HOSPITALAR LUCRATIVO

Após 64, surge o discurso ideológico para justificar um modelo novo com o Estado intermediando interesses e financiando operações comerciais para favorecer, de um lado, o segmento empresarial hospitalar e, de outro, a indústria farmacêutica e de equipamentos. São anunciadas transformações no setor saúde, a reboque do conjunto de alterações que se sucederam nos primeiros anos do governo militar. A ênfase das medidas adotadas nas instâncias de decisão do Estado era a de privilegiar o aspecto empresarial e, conseqüentemente, garantir o processo de acumulação capitalista.

A expansão do segmento hospitalar foi impulsionada por um modelo de gestão da saúde que privilegiou a tecnificação e o aspecto curativo. Mendes chamou-o de médico assistencial-privatista³³ e subdividiu-o em quatro subsistemas, a saber:

- a) sub-sistema estatal, configurado pelo complexo do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nas quais são executadas ações em saúde pública e práticas simplificadas de medicina;
- b) subsistema contratado e conveniado, composto pelas entidades privadas com finalidade lucrativa e beneficentes e filantrópicas, que mantinham relação com a Previdência Social, tendo como beneficiária a clientela previdenciária;
- c) subsistema de atenção médica supletiva, composto pelas medicinas de grupo, e que se beneficiou do incentivo ao convênio-empresa. O empregador ofertante de cobertura assistencial em saúde aos empregados, podia obter restituições previdenciárias em troca e

³³ MENDES, Eugênio Vilaça *et al* (Org.). *Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Ed. Hucitec - Abrasco. 2^a ed. São Paulo - Rio de Janeiro, 1994, p.57-60.

- d) subsistema de alta tecnologia, composto pelos hospitais universitários de maior concentração tecnológica, material e humana, e que se incumbia da resolutividade para casos complexos.

Campos³⁴ sustenta o pressuposto de que tal modelo mercantiliza a assistência à saúde e obedece a prioridades de acumulação, ao qual atribue um modo hegemônico de produzir serviços médico-assistenciais e o chama de modelo neoliberal

Este modelo foi sendo construído ao longo do processo de centralização de poder que se verificou no país, a partir de 64, quando os militares assumiram o Governo. No início dos anos 60 o cenário da saúde se encontrava em grave crise em função do aumento da demanda nos hospitais públicos. Os avanços incorporados pela absorção de novas tecnologias mudaram a concepção da assistência médica, dado que o hospital passou a ser o *locus* privilegiado para a resolução dos problemas de saúde da coletividade. Passara-se, então, a conceber um conjunto de procedimentos executados por equipes de profissionais médicos, submetidos aos limites de dadas estruturas administrativas em hospitais. Aqui, um traço irrefutável de que as ações em saúde pública tinham sido relegadas a um segundo plano. O sanitarismo campanhista já não correspondia às expectativas de uma economia industrializada, na qual a intervenção na saúde individual do operário se fazia mais eficaz.

E em 66 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, a partir da junção dos vários institutos de classes existentes até então. Esta centralização permitiu que o Estado pudesse exercer um poder sem precedentes, no tocante à

³⁴CAMPOS, Gastão W. de S. *Reforma da Reforma : repensando a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992, p.43.

questão previdenciária e seus atributos acessórios. Braga e Paula³⁵ afirmam que esta reforma previdenciária se deu sustentada em três pontos principais:

- a) ampliação das ações das instituições estatais de modo a assegurar a predominância da empresa privada, através da opção pela compra de serviços médicos aos produtores privados. Esta compra se deu com base no pagamento em unidades de serviços, ou seja uma tabela de preços por atos médicos. Segundo Oliveira e Teixeira³⁶, tal sistemática de pagamento propiciou a multiplicação e desdobramentos de atos médicos, a preferência pelas internações mais caras, a ênfase nos serviços cirúrgicos, deficiência de pessoal técnico e a utilização de equipamentos antigos. Em outras palavras, motivou os serviços médicos privados a adotarem recursos que possibilitassem uma lucratividade ainda maior, mesmo que para isso tivessem que lançar mão de atos pouco éticos;
- b) o Estado amplia os recursos financeiros do setor e
- c) centralização financeira, em função da junção de todos os institutos existentes.

Cabe ressaltar que o contexto em que isto se deu foi de euforia com o milagre, haja visto que as contribuições sociais somavam um volume muito grande de recursos a ser administrado pela recém criada autarquia.

Mas, já em 1973, o quadro da saúde pública era grave, tanto do ponto de vista financeiro como das condições epidemiológicas gerais, detectando-se surtos de doenças por contaminação decorrente da falta de infra-estrutura básica e saneamento em grandes aglomerações urbanas. Outro dado que colaborou para o agravamento,

³⁵ BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Góes. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, Ed. Cebes - Hucitec, 1981 p.87-91.

³⁶ OLIVEIRA, J. A., TEIXEIRA S. M. Fleury. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. 2ª ed., Vozes, Petrópolis, 1989, p.221.

ainda maior, foi a decrescente perda do poder aquisitivo de maior parte da população brasileira.

Como medida reparativa o Governo desenvolve o PPA - Plano de Pronta Ação - que provoca um acréscimo muito grande nos gastos com a clientela previdenciária de então, fazendo com que o interesse por formalizar contratos de prestação de serviços assistenciais em saúde tivesse um aumento diretamente proporcional, com hospitais e clínicas. Dentre as resoluções do PPA, destacam-se a desburocratização do atendimento de emergência, fato este que dificultou o controle dos gastos pelo INPS, e a possibilidade de escolha, pelo segurado, por instalações especiais nos hospitais privados contratados. O pagamento da diferença de custo ficava a cargo do próprio cliente diretamente ao hospital. Para Oliveira e Teixeira³⁷, o PPA representou a valorização do atendimento ambulatorial, se entendido como possibilidade de realização de lucro. Daí, o incremento dessa modalidade de atendimento. Este Programa não alterou em nada as condições criadas pelo modelo vigente, pois houve o aumento em larga escala dos atos médicos.

Desde o início da década de sessenta, ficou clara esta opção do Estado em não investir numa rede própria, que pudesse suprir a demanda por esses serviços, já que a pouca capacidade de atendimento tornara-se óbvia. O resultado foi deixar uma lacuna, a ser preenchida pelo setor privado. Apesar deste incremento dos gastos, o Governo não aumentou sua parcela de financiamento no orçamento previdenciário, apenas repassou a conta para empregadores, empregados e consumidores em geral, através de mecanismos de captação de recursos.

³⁷ OLIVEIRA, J. A. A., TEIXEIRA, S. M. F. *op. cit.* p. 251.

A característica principal do processo de expansão do segmento privado na saúde foi que houve uma repartição desigual de incumbências entre este e o setor público. Em outras palavras, os tratamentos mais caros e complexos, que demandariam mais investimentos em tecnologia e recursos humanos, ficaram a cargo das unidades públicas e aqueles mais simples, com rentabilidade maior, por conta dos hospitais com finalidade lucrativa.³⁸

Em 1974, em virtude da necessidade de se mostrar um país sensível aos aspectos sociais e com boas condições de vida, além de um desfavorável quadro de variáveis³⁹, o Governo foi forçado a colocar em prática uma série de medidas, que tinham como interesse geral atender a tais problemas de ordem social, para criar mecanismos redistributivos em prol da população menos favorecida. O MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado através da lei nº 6.025 e tinha como justificativa o fortalecimento da opção pela seguridade social.

O Segundo PND - Plano Nacional de Desenvolvimento - contemplou um conjunto de medidas que visavam resgatar essa atenção à questão social, outras a saber: a criação do CDS - Conselho de Desenvolvimento Social - com a função de criar políticas e integrar os ministérios da área social. Uma das principais medidas foi a insituição do FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - pela lei nº 6.168 de dezembro daquele ano, e ainda, a criação do DATAPREV, órgão que passou a trabalhar com o processamento de dados, levantamentos estatísticos e contabilização de faturas.

³⁸BRAGA, J. C. S, PAULA, S. G. *op. cit.*, p. 110-111.

³⁹ Braga e Paula esboçam como variáveis componentes deste quadro: a deterioração da distribuição de renda população, a derrota eleitoral do governo nas eleições de 1974 e a crise econômica patente desde 1973.

O FAS E A EXPANSÃO HOSPITALAR

O CDS, originariamente incumbido de integrar e traduzir em resultados efetivos melhoras na política social, terminou por restringir-se a fazer controle financeiro e concentrou-se no FAS, a partir de 1974, grande parte das atividades desenvolvidas. Examinando-se o desempenho deste fundo, verifica-se que a maior parte dos recursos foi para o setor privado e que, na grande maioria, hospitais e clínicas foram os principais beneficiários de seus recursos. Isto, no entanto, não propiciou uma homogeneização da oferta de leitos em termos de dispersão regional, pois a região centro sul do país representou a maioria dos financiamentos, caracterizando o aspecto capitalista da lógica do lucro, pois as localidades mais ricas foram as privilegiadas⁴⁰. Segundo França⁴¹, os hospitais privados são hegemônicos em todas as categorias hospitalares (pequenos, médios e grandes) e em todas as regiões, com destaque para os estados do sudeste e sul do país.

As condições do contexto geral no Brasil já não eram tão boas como nos primeiros anos do milagre.

Em 1975, consumidores de serviços de saúde promovem quebradeiras em unidades ambulatoriais. Isto se deu, em virtude da falta de condição do modelo vigente em dar resposta às demandas por atendimentos, cada vez maiores. A escassez

⁴⁰ Para maiores detalhes da capacidade instalada em regiões pelo Brasil procurar em: SANTOS, Gabriel dos. *Capacidade produtiva da Rede de Assistência Médica*. São Paulo em Perspectiva, nº 6, outubro/dezembro 1992, p.29-37.

⁴¹ FRANÇA, Susete Barbosa. *A assistência médico-hospitalar no Brasil*. Saúde em Debate, nº 44, p. 14-19, setembro 1994.

de verbas face ao grande volume demandado e a diminuição de arrecadação previdenciária, já perceptível⁴², foram os principais fatores que contribuíram para isto.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional da Previdência Social, através da lei nº 6.439, que deu origem ao INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - e que passou a centralizar as ações assistenciais com vista a racionalizar recursos. A partir deste ponto começam a ser criadas as condições para as articulações embrionárias em prol de reformas.

Podemos dizer que o cenário deste período, em que se verificou o expansionismo do segmento hospitalar privado foi favorecido: a) por uma política de facilitação para o surgimento vertiginoso de faculdades particulares de medicina, fator de multiplicação da oferta de mão-de-obra médica; b) privilegiamento do aspecto curativo para a reabilitação da saúde individual e coletiva, com consequente aumento em consultas, exames, e procedimentos hospitalares, o que se deu pela cobrança de serviços por atos médicos; c) ênfase no fechamento de contratos de prestação de serviços entre órgãos públicos e entidades particulares de saúde.

Segundo Oliveira e Teixeira⁴³, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados, de tal forma, que em 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo Instituto; os recursos do FAS possibilitaram a construção e reforma de unidades hospitalares particulares; centralização e postura avessa à participação da sociedade civil⁴⁴.

⁴² LUZ, Madel Therezinha . *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática : anos oitenta*. Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 1, nº 1, 1991, p. 81-84.

⁴³ OLIVEIRA, J. A., TEIXEIRA, S. M. F. *op. cit.* p.211.

⁴⁴ BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Goes de *Saúde e previdência: estudos de política social*. Ed. Cebes- Hucitec. São Paulo. 1981.

A crise fiscal em que se encontrava o país, no final dos anos setenta, contribuiu para o esgotamento deste modelo. Somados a isso, a insatisfação de grande parte da população brasileira, que sofria nas filas ou mesmo que não tinha acesso aos serviços custeados pelo Poder Público, também podem ser considerados. Os pontos que verificam isso são: a) a prática médica adotada, fundamentada no curativismo, não conseguia alterar o perfil de morbimortalidade do país; b) os custos ascendentes do modelo inviabilizava sua expansão e manutenção; c) o difícil estabelecimento de critérios para compra de serviços junto à rede privada era impeditivo de uma racionalização; d) comando confuso gerava descoordenações, descontroles e superposições.⁴⁵

O AVANÇO JURÍDICO INSTITUCIONAL NA SAÚDE E OS MOVIMENTOS SOCIAIS

Na década de setenta, as quebradeiras em ambulatórios e os conflitos em filas de espera por serviços médicos representaram o cansaço e esgotamento do modelo de enfoque médico assistencial-privatista que, praticamente, esgotou os recursos previdenciários. Em meados daquela década, os movimentos sociais de internos e residentes médicos buscaram articulações com movimentos populares igualmente incipientes, objetivando uma postura crítica e ativa no sentido de provocar mudanças no estabelecimento de políticas de saúde para o país. O cenário foi sendo desenhado por crescentes manifestações de insatisfação com a situação da assistência à saúde. Isto fez com que o surgimento de grupos identificados pela mobilização na sociedade civil, tais como sindicatos, partidos políticos progressistas, movimentos comunitários,

⁴⁵ MENDES, Eugênio Vilaça, *op.cit.*

Igreja, associações de moradores de bairros e favelas, entidades de profissionais da saúde e setores acadêmicos se tornassem comum naqueles dias. Tais organismos passaram a trabalhar em denúncias e a prestar esclarecimentos para a opinião pública no tocante às soluções para os problemas surgidos do modelo de saúde vigente neste período. A tomada de consciência coletiva, por parte da sociedade como um todo, de que a saúde era financiada, em parte, pela massa trabalhadora mediante descontos em folha de pagamento fez com que os movimentos organizados ganhassem em adesão e apoio aos seus propósitos por setores penalizados pelo contexto geral.

Gerschman⁴⁶ separa em dois grandes tipos os movimentos sociais que tiveram início àquela época: a) o movimento popular em saúde, que teve sua origem nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, e era formado, principalmente, por médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos, organizações de bairro e das populações carentes e b) o movimento médico. Para Elias⁴⁷, a Reforma sanitária é iniciada através dos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das escolas médicas, alcançando uma parcela dos profissionais de saúde e parte da sociedade brasileira, aí incluídos representantes das centrais sindicais.

Os movimentos populares surgem à reboque das reivindicações por demandas de habitação, saúde, educação, saneamento, etc, que comprometiam, ainda mais, os indicadores de qualidade de vida de grande parte da população urbana brasileira. E é desse conjunto de pleitos que se origina o movimento popular em saúde, que buscava

⁴⁶ GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo para a reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p.68-81.

⁴⁷ ELIAS, P. Eduardo. Análises sobre a reforma Sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 2 (1), 1993, p. 59.

trazer para o centro da discussão o Estado, qualificando-o como um agente provedor de melhoras nas condições de saúde.

Para Gerschman⁴⁸, o referido movimento teve dois momentos distintos: a) fase reivindicativa - formação, na qual dezenas de experiências começaram a ser realizadas pelo país afora e que tinham como uma primeira bandeira a medicina comunitária para privilegiar a simplificação dos cuidados com a saúde, através da atenção primária, sem instrumental de alta complexidade e com a participação de agentes de saúde da própria localidade e b) fase de politização, a partir da inflexão ocorrida no movimento, na qual as lideranças passam a discutir o próprio movimento, e suas articulações. Também se discutia a possibilidade de assumir uma forma jurídica. Neste momento, ocorreu um processo de politização, favorecido já pela maior diversidade de formas de atuação política, isto no início dos anos oitenta.

O governo Geisel assumiu com uma proposta de começar uma gradual e lenta abertura, que teve continuidade com o seu sucessor João Figueiredo. Esse afrouxamento verificado na relação entre Estado e sociedade figura, também, como fator contribuinte para que as discussões ganhassem força na sociedade civil organizada. Após quase vinte anos, nas eleições para o Congresso e Assembleias Legislativas de 1982, a sociedade deu o voto para políticos que pautaram suas candidaturas em programas que priorizaram temas sociais, como a saúde. Vários governadores e deputados mudaram o perfil político do Governo e isto propiciou a entrada de elementos identificados com idéias antagônicas ao modelo curativista. Dentro do aparato estatal surgia um contingente que envidava esforços para que se rompessem os anéis burocráticos previdenciários e houvesse uma redefinição do modelo.

⁴⁸idem.

Abalado por uma crise financeira e política na Previdência Social, o Governo, no início de 80, promove a elaboração de um plano com vistas a um entendimento mais democrático na gestão da saúde. Como resultado surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE. Este projeto tinha como proposta principal ampliar a extensão da cobertura básica de saúde em todo o território nacional, tendo para isso a parceria entre o Poder Público e setor privado. Também, à reboque desta crise é concebido, com a oposição da Federação Brasileira de Hospitais - FBH⁴⁹, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP - com a finalidade principal de estudar e sugerir regras mais racionalizadoras para a relação de prestação de serviços médico-hospitalares junto à Previdência.

Um dos primeiros desdobramentos do CONASP foi o Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS. Este Programa tinha como objetivos: a universalização do atendimento, o acesso da população aos serviços dos diferentes níveis de complexidade e a otimização dos serviços públicos.

Na visão de Mendes⁵⁰, este programa trouxe duas consequências relevantes: a primeira foi a de ter fortalecido a administração colegiada com a instauração da Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN, em nível federal, e das Comissões Interinstitucionais de Saúde - CIS, das Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde - CRIS, e as Comissões Locais / Municipais de Saúde - CLIS e CIMS, nos níveis estadual, regional e municipal; a segunda teria sido, a nomeação de elementos engajados no ideário de reforma do setor saúde.

⁴⁹MENDES, E. V. *op. cit.* p. 37.

⁵⁰MENDES, E. V. *op. cit.* p. 38-39.

No estado de São Paulo, as AIS tiveram repercussão em 1983, com a assinatura do do Convênio 7/83, que contava com a adesão do município de São Paulo. Em 1985, reforçada por esses fatos, é implementada a reforma administrativa da Secretaria Estadual de Saúde, com suporte nos Escritórios Regionais de Saúde - ERSAs - como a instância descentralizada de decisão.⁵¹

SOCIEDADE CIVIL E SAÚDE NA DEMOCRATIZAÇÃO

Segundo a narrativa de Gerschman⁵², esta efervescência de movimentos, favorecidos pelo processo lento e gradual de democratização do País, fez com que o ideário de ajuste social e liberalização política tomasse, gradativamente, corpo na sociedade. É neste contexto que verificou-se a definição do processo de reformulação do setor da saúde e que culminou com a proposta de Reforma Sanitária. Tal processo teve como grande propulsor o chamado Movimento Sanitário formado por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor e que tinham estreita relação com partidos políticos de esquerda, oponentes do regime autoritário vigente. Este movimento inspirou-se no modelo reformador italiano e influenciou experiências isoladas no território nacional. Ao longo da década de setenta, criaram-se os departamentos de medicina preventiva nas faculdades que foram responsáveis pela difusão de conceitos pertinentes às críticas formuladas para a saúde, especialmente junto aos profissionais de saúde pública. Decorrentes dos avanços verificados a partir dos contornos mais nítidos de democratização, com a ocupação de cargos administrativos dentro das instâncias ministeriais por elementos identificados com o

⁵¹TANAKA, O. Y. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 26(3), p. 185- 94, 1992.

⁵²GERSCHMAN, S. *op.cit.*, p.41-44.

ideário reformista, várias tentativas de mudanças foram sendo implementadas, como o Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS - de 1982, anteriormente citado. Este foi um ensaio da participação popular nas gestões de saúde, e uma incipiente descentralização do sistema.

Conforme a abertura política permitiu, o Movimento Sanitário ganhou dimensão, através da ocupação crescente em instituições estatais de saúde o que propiciou avanços em direção às mudanças desejadas. Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco na luta pela reformulação do setor saúde, pois neste evento se definiu o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que introduziu as mudanças almejadas por muitos anos, que visavam torná-lo, em tese, democrático, acessível, universal e equitativo.

A VIII CNS trouxe desdobramentos imediatos à sua realização e que passariam a influir consideravelmente num processo: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, no âmbito do executivo federal ⁵³. Tal implantação consistia em acordos elaborados entre o MPAS com os governos estaduais, além de envolver os Ministérios da Saúde e Educação. Pelo fato de serem acordos efetivados a nível estadual, estava passível de haver certas diferenciações de estado para estado.

Os pressupostos em que se sustentou o discurso reformista foi de que o Estado deveria prover os recursos em caráter obrigatório, dando como direito a todo cidadão brasileiro o usufruto de serviços de saúde quando e onde necessitar. Mas, não somente o aspecto curativo foi observado, dado que os preceitos norteadores da proposta reconheciam o conceito mais atual de saúde, no qual a simples ausência de doença não

⁵³MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. op. cit.*, p.43-44.

o caracteriza, mas um conjunto de fatores circundantes que garantam boas condições de vida, tais como moradia, saneamento, alimentação, educação, lazer, trabalho salubre, etc. As propostas contemplavam a criação de um Sistema Único de Saúde com predomínio do setor público, a participação da população e reordenação financeira do setor.

Entretanto, o retrocesso político verificado com a Nova República imprimiu uma paralização no ritmo de implementação do processo reformulador do sistema. O encaminhamento das resoluções plasmadas na VIII CNS passaram a ser implementadas por uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que teria a condição de dar-lhe sequência, no âmbito governamental. Esta, por sua vez, não foi formada como previsto, ou seja, composição paritária de entidades do Governo e da sociedade civil. A Comissão foi aprovada e constituída por vinte e dois representantes, sendo que apenas seis pertenciam a organismos representativos da vontade popular, os outros dezesseis pertenciam a organismos governamentais, parlamentares, centrais patronais e prestadores privados de saúde.⁵⁴

Em paralelo, criou-se a Plenária Nacional de Entidades de Saúde com o intuito de dar continuidade à articulação dos movimentos sociais participantes da referida Conferência e apresentar um Projeto Constitucional na oportunidade do processo constituinte, a se iniciar dali a poucos anos. Foram muitos os avanços conseguidos pela Plenária, no tocante à articulação de um movimento social de caráter nacional em torno da questão de saúde. Tal esforço possibilitou o capítulo da saúde na Constituição Nacional contemplando os preceitos defendidos e consolidados em 86, durante a VIII CNS.

⁵⁴GERSCHMAN, S. *op. cit.* p.43.

A Constituição de 1988 reúne alguns aspectos fundamentais relativos à saúde, segundo Mendes⁵⁵, que foram incorporados junto a um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas sem deixar de apresentar inovações a reboque do movimento pró reformas: a) o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas; b) o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; c) a caracterização de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; e) a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Mesmo com ambiguidades, o texto constitucional representou e representa um avanço muito grande em termos de democratização. Carvalho⁵⁶ evidencia o fato de que a legislação nacional avançou na área da saúde. A regulamentação complementar veio no ano de 1990 com a lei nº 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prever as constituições estaduais e leis orgânicas dos municípios. Tal lei consubstancia os preceitos constitucionais, mas aprofunda algumas ambiguidades e não consegue regulamentar a atuação do setor privado dentro do sistema. Isto em função dos *lobbies* exercidos durante o processo de tramitação da lei no Congresso. Como se não bastasse, os vetos do Presidente Fernando Collor recaem sobre artigos que referiam-se à participação popular, a instituição de conferências e conselhos, além das transferências automáticas e diretas

⁵⁵MENDES, Eugênio Vilaça. *Op.cit.* p.47.

⁵⁶CARVALHO, G. Ivan de. O Poder Público na área de saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 35, p. 11-14, junho 1992.

de recursos a estados e municípios. Em reação aos vetos presidenciais a Plenária da Saúde coordena, junto às entidades civis um acordo de lideranças partidárias no Congresso e o Governo, representado pelo ministro de Saúde, em que resultou na lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e sobre as transferências financeiras entre os níveis de governo⁵⁷. Desta feita, ficou assegurada a formação dos Conselhos e Conferências de Saúde. São instâncias de participação popular na definição de políticas, fiscalização e deliberação das ações do executivo, *grosso modo*, e que representam um avanço muito grande, em termos jurídicos, pois abrem perspectivas para que a sociedade possa colocar em prática os pressupostos da cidadania.

As constituições estaduais, na sequência dos trabalhos de reconfiguração jurídico-institucional país afora, acatam os preceitos da Constituição Federal no tocante à saúde⁵⁸. Da mesma forma, as leis orgânicas, aprovadas no ano de 1990, também imputam às respectivas instâncias governamentais, a responsabilidade do comando da área da Saúde.

O DESDOBRAMENTO EM SÃO PAULO

O Estado de São Paulo foi uma das unidades federativas onde o processo de descentralização administrativa na saúde obteve grande avanço. Na gestão de João Yunes (1983 - 86) criaram-se as condições para que a reforma da Secretaria de Estado da Saúde pudesse acontecer. Daí surgiram 65 Escritórios Regionais de Saúde - ERSA,

⁵⁷ GERSCHMAN, S. *op. cit.*, p. 43.

⁵⁸ Para informações acerca do conteúdo das constituições estaduais ver DALLARI, S. G. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995, 133p.

que foram sendo fortalecidos na gestão seguinte, de José Pinotti (1987-90), não apenas pelo fato de circunscreverem uma determinada área geográfica a um comando burocrático próprio, mas pelo fato de efetivarem estratégias de regionalização e hierarquização ao incorporarem as atividades exercidas pelo INAMPS, de forma descentralizada.⁵⁹ As comissões criadas, ainda na oportunidade das AIS, principalmente as CIMs, ganharam novo papel dentro da perspectiva do SUDS, pois elas passaram a “gestoras do sistema”, com a participação da sociedade civil. Cabe ressaltar que esta participação foi tímida, pois tratou-se de uma “concessão” do Poder Público, sem contar a fragilidade das organizações populares que nem sempre definem sua representação.⁶⁰

O SUDS representou um aprimoramento e suporte às AIS e diminuiu a estrutura administrativa e consequentemente poder gerencial do INAMPS no Estado de São Paulo. Para Melo⁶¹, o SUDS motivou resistência do complexo médico-hospitalar e da medicina liberal, por causa da desarticulação promovida no padrão consolidado de inserção dos interesses deste segmento nos órgãos federais centralizadores da área de saúde. Nos anos que se seguiram à sua implantação, foram formalizados convênios como forma de implementar uma política de municipalização dos serviços de saúde.⁶²

⁵⁹SÃO PAULO. Balanço Administrativo do SUDS-SP, Imprensa Oficial do Estado S.A., São Paulo, 1991.

⁶⁰JUNQUEIRA, L. A. P., INOJOSA, R. M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, nº 24 (4), agosto/outubro 1990, p.19.

⁶¹MELO, Marcus A. B. C. de. Anatomia do fracasso: intermediação de inereesses e a reforma das políticas sociais na Nova República. *Revista de Ciências Sociais*, vol. 36, nº 1, 1993, p137.

⁶²HEIMANN, L. S et at (Orgs). *O município e a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992. p. 25.

Segundo a interpretação de Cohn⁶³, no município de São Paulo, com a posse do novo comando administrativo iniciado em janeiro de 1989, começou-se a desenhar uma mudança no perfil da área de saúde. Colocou-se como desafio a descentralização, sob a intenção de democratizar a gestão sanitária, integrando o usuário. No que se refere à estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, criou-se a Plenária de Entidades e Movimentos de São Paulo, com o propósito de criar um espaço de participação de entidades e movimentos ligados à saúde, de onde foram escolhidos os representantes para atuarem no Conselho Municipal de Saúde - CMS.

O CMS entre 1989 e 1990 era tripartite, a partir de 1991 passou a ser paritário com dezesseis representantes dos usuários, oito representantes de trabalhadores da saúde e produtores privados e oito da administração pública. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, foram criadas dez administrações regionais de Saúde - ARS, subdivididas em quarenta e quatro distritos, além dos conselhos técnico-administrativos formados por integrantes de todos os níveis, aí incluídas as próprias unidades de saúde⁶⁴. Até julho de 92 existiam 114 Comissões de Gestão em trinta e dois dos quarenta e quatro distritos sanitários planejados.

Para a referida autora⁶⁵, o setor em São Paulo ganhou em visibilidade política e conquistou gradativamente uma fatia maior no orçamento municipal. Foram instituídos novos programas e centros de referência de saúde do trabalhador, da criança e da

⁶³COHN, Amélia. Saúde e cidadania: Análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, cap.15, p.315-327.

⁶⁴GERSCHMAN, S. *op. cit.*, p.156.

⁶⁵COHN, Amélia. *op. cit.* p. 325.

mulher, além de hospitais-dia na área de saúde mental e foi almejada uma melhor assistência nas regiões mais carentes da cidade, integrando-se unidades de diferentes níveis tecnológicos.

Apesar deste incentivo inicial por parte do executivo municipal, o processo de municipalização sofre um redirecionamento, já na administração de Paulo Maluf com a implementação do Plano de Assistência a Saúde - PAS - em setembro de 95. Em essência, segundo visão de membro do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, este plano tem como interesse privatizar a saúde, indo contra os princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e acessibilidade na assistência médica da população⁶⁶. Os resultados da mudança de comando do município mostraram-se evidentes, onde os avanços conseguidos na administração anterior sofreram retrocesso⁶⁷.

Fica claro nesta evolução histórica a importância que o Conselho Municipal de Saúde assume, como um símbolo de fundamental relevância no processo de democratização da saúde. O interesse político conservador ao articular e implementar ações com o intuito de obstaculizar o pleno desenvolvimento deste foro de debates, cerceando os vários atores envolvidos de desenvolverem suas habilidades, é um indício de que o caminho para o reconhecimento da saúde como direito de cidadania está definido. Resta, de fato, tornar-se realidade.

⁶⁶SILVEIRA, P. H. A ética, o decoro e o PAS. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 2 fev. 1996. p.A3

⁶⁷ GERSCHMAN, S. *op. cit.*, p. 161.

Capítulo 4: O Conselho Municipal de Saúde.

O texto constitucional de 1988 representa um avanço no processo de democratização do País, pois propicia ao Estado e à sociedade civil uma oportunidade de redefinição em seus mecanismos de articulação. As leis federais 8.080 e 8.142 vem somar neste processo, pois inovam na concepção ideológica. Prova disto são os Conselhos Municipais de Saúde, que representam um canal que pode fazer ressurgir a questão da solução negociada e pactuada entre os diferentes atores envolvidos, mudando a relação público/privado, historicamente marcada pelo cartorialismo e clientelismo, como buscamos demonstrar anteriormente. → p/ham.

A lógica de implementação do SUS intenciona, quando preconiza a descentralização, criar as condições favoráveis para uma tomada de decisão que privilegie vários pontos de vista, tornando a administração da saúde mais flexível. Nesta perspectiva, dois aspectos são relevantes acerca dos Conselhos de Saúde e merecem destaque, a saber:

a) é um projeto de propostas claras de participação, com a missão precípua de desenvolver mecanismos de controle social no âmbito do SUS, articulando os atores envolvidos: o Estado, prestadores de serviços e a sociedade civil;

b) os Conselhos podem dar oportunidade a novas práticas políticas, tanto por parte do Estado, incorporando entidades e organismos da sociedade civil, quanto por parte destes últimos, que tendem a aderir a esta nova dinâmica de interação com o Poder Público⁶⁸.

Em relação ao primeiro aspecto, o SUS representa o fortalecimento da democratização, serve como um caminho para que a sociedade civil possa consolidar, de fato, uma transição democrática ao estabelecer o reconhecimento e a prática dos

⁶⁸RAMOS, C. L. Conselhos de Saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, cap. 16, p.331.

direitos sociais em saúde. Mas, a questão que se coloca é saber se a sociedade está engajada o suficiente para fazer valer o que está no papel, isto é, oficialmente definido. Tornar realidade os preceitos defendidos ao longo de um processo demorado e penoso é o desafio que se insurge no momento pós-constituente. Os movimentos articulados em prol de avanços na área da saúde, mencionados ao longo do texto, são, sem sombra de dúvida, muito louváveis por enfrentarem um sistema adverso marcado pela ação privatizante e orientada para a mercantilização da medicina. Mas ao considerar-se o universo populacional brasileiro, percebe-se que tais movimentos equivalem a uma insignificante parte do povo. Desta constatação, coloca-se a pergunta: a população percebe o avanço institucional pelo qual atravessa o arcabouço jurídico? O que faz para pô-lo em prática?

É certo que os conselhos de saúde não são as únicas instâncias, formalmente instituídas, que possibilitam o exercício da participação social no trato administrativo da saúde, mas vale a referência.⁶⁹

Em relação ao segundo aspecto, Ramos⁷⁰ defende o argumento de que a implementação concreta dos conselhos de saúde representam a reformulação do

⁶⁹ Como afirmam Santos L, Carvalho G. I no texto: Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde, o cidadão dispõe ainda de: a) o Ministério Público que tem como finalidade zelar pelo interesse do cidadão, fazendo com que os assuntos de interesse público sejam respeitados, conforme o texto constitucional; b) Comissão de Seguridade Social do Congresso e das Assembléias Legislativas, às quais compete convocar mandatários para prestar informações pertinentes às suas atribuições, além de poder receber petições, reclamações, representações de qualquer pessoa acerca de omissões ou atos de improbidade por parte de autoridades; c) Tribunal de Contas, órgão que auxilia o Congresso Nacional da União, fiscalizando as contas apresentadas pelo Poder Executivo e que sintetizam as ações de mutações patrimoniais da União, bem como a das entidades de administração direta e indireta; d) os direitos e garantias constitucionais asseguradas a todos os cidadãos: direito de petição, mandado de segurança, mandado de segurança coletivo, mandado de injunção, habeas data, ação popular e direito dos consumidores; e) Ação de inconstitucionalidade, prevista no parágrafo segundo do artigo 103 da Constituição Federal e f) Defensoria Pública, que tem como função prover serviços gratuitos ao cidadão no sentido de fazer valer os seus direitos.

aparato burocrático do Estado, uma “revolução” institucional, também de dentro para fora das entranhas públicas, removendo características adversas ao processo democratizante, que se pretende vislumbrar, quais sejam: o gigantismo, o corporativismo, a ineficiência e a corrupção.

Tal afirmativa procede ao considerar-se que o SUS pressupõe uma situação inédita de articulação entre público/privado, na qual deve-se verificar uma espécie de pacto associativo entre atores sociais, que leve em consideração as mais variadas perspectivas políticas, ideológicas, técnicas, etc, com o intuito de se formalizar contratos entre setores de interesses econômicos opostos, definir metas e estratégias de gestão, assim como os instrumentos reguladores e de fiscalização. Em outras palavras, criar uma noção de público e de privado, como ainda não se verificou na área da saúde. Quicá, em nenhuma área social ou econômica da realidade nacional.

O artigo 71 do Código de Saúde do Estado de São Paulo⁷¹ reconhece a implantação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, nos moldes aprovados nas Constituições Federal e Estadual. Entendimento este que é respaldado na Lei Orgânica de São Paulo⁷², nos seus artigos 213, 217 e 218, a respeito do controle e participação sociais.

No município de São Paulo, a situação verificada no Conselho Municipal de Saúde, no período de 1995 a 1997 em relação à sua atuação, revela que ainda existe um embate para que as suas atribuições sejam reconhecidas conforme prerrogativas do

⁷⁰RAMOS, C. L., *op. cit.* p. 333.

⁷¹SÃO PAULO. Lei complementar nº 791, de 9 de março de 1995. Estabelece o Código de Saúde no Estado. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 105, nº 47, p.1, 10 de março 1995.

⁷²SÃO PAULO (município) Lei fundamental do Município de São Paulo, de 4 de abril de 1990. São Paulo: Gráfica Municipal, 121 p.

SUS. A prova disto foi a inclusão, no Documento Base da VII Conferência Municipal de Saúde, do item de repúdio à tramitação do projeto de lei de número 1.420/95, de autoria do executivo, na Câmara Municipal, que restringe a atuação do Conselho Municipal e Saúde. Na concepção do Projeto de lei, o secretário municipal de saúde passaria deter o poder decisório, descaracterizando a função deliberativa do CMS, segundo o Documento.

O Relatório Preliminar da atividades do Conselho Municipal de Saúde, no período destacado, não apresenta nenhuma ação voltada para a discussão de temas ligados ao segmento privado contratado junto ao SUS. Houveram vinte três reuniões, sendo que dos assuntos discutidos em pauta, destacamos: visitas a unidades públicas, definição de comissões de trabalho, discussão sobre a NOB-96, participação em audiências públicas e plenárias de saúde. Dentre as discussões técnicas, tem destaque às referentes ao PAS. No mês de maio de 1996 as reuniões realizadas sintetizaram a reprovação a tal Plano.

O depoimento que obtivemos de um colaborador do Conselho Municipal de Saúde revela que o PAS foi uma forma encontrada pela Administração Municipal, que se iniciou em 1993, para minimizar a influência do CMS na condução das ações em saúde no município

O trabalho de Keinert⁷³, realizado em junho de 1996 e que avalia o PAS, concluiu que do ponto de vista do controle social a alternativa colocada em prática na administração de Paulo Maluf, não absorve as exigências constitucionais e legais do modelo defendido pelo Sistema Único de Saúde.

⁷³KEINERT, T. M. Mezzomo. Política pública de saúde, inovação e o Plano de Atendimento à Saúde de São Paulo, *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, nº 3, v.37, p. 78-85, julho/setembro 1997.



Pelo que foi apontado ao longo do referencial histórico, o segmento empresarial hospitalar contabilizou ganhos materiais, em função de um modelo que privilegiou a mercantilização da medicina, facilitado pelos anéis burocráticos que se formaram ao lado da estrutura estatal. Tipificadamente beneficiário deste estratagema, cabe agora ir a campo verificar como se configura a percepção do dirigente hospitalar no contexto pós-constituente, e analisar o discurso assumido, contrapondo-o aos referenciais históricos conhecidos. Espera-se plasmar como resultado uma leitura atenta das idéias defendidas pelos entrevistados, evidenciando valores, crenças e interesses.

Capítulo 5: A fala dos dirigentes.

Como mencionamos anteriormente, foram realizadas cinco entrevistas de dirigentes hospitalares na pesquisa empírica. Para facilitar o tratamento dos dados nomearemos os entrevistados pelas letras A, B, C, D e E. Abaixo, passaremos a caracterizá-los pela ordem cronológica de realização das entrevistas.

• O entrevistado A, 50 anos, é formado em medicina há 28 anos, com curso em administração hospitalar. É proprietário e tem experiência no setor público como administrador hospitalar e médico. O hospital é de porte médio e fica localizado no centro histórico.

De todos os entrevistados é o que possui o discurso mais bem articulado. A sua fala traduz uma coerência de posicionamentos. Apesar de não vislumbrar no SUS uma conquista do Movimento Sanitário, ou como uma consequência da mobilização da sociedade civil brasileira. Aparentemente, nos faz acreditar que vê possibilidade de soluções negociadas para os problemas da saúde. Nesta maneira de entender o processo, considera o usuário e o Estado como potenciais parceiros.

A sua experiência no setor público, como administrador hospitalar e médico, permitiu que formasse uma visão menos preconceituosa em relação ao Estado. Ter que decidir no âmbito do público, levando-se em consideração todas as limitações burocráticas e contingências políticas, o fizeram ter uma postura mais benevolente para analisar a relação dos hospitais lucrativos com o Estado e apostar na possibilidade de ter o usuário como colaborador na administração das ações em saúde.

• B é diretor não-proprietário, 52 anos, médico clínico, formado há 24 anos, sem especialização em administração hospitalar. O hospital que dirige é de porte grande e está no centro expandido.

O seu discurso é muito confuso e revela um desconhecimento surpreendente em relação a alguns aspectos, principalmente o Conselho Municipal de Saúde. No

decorrer da entrevista, deixou transparecer uma certa insatisfação com sua situação profissional e sua pouca autonomia decisória na instituição. Isto em virtude de ter dedicado praticamente toda a sua vida profissional à entidade e não ter o reconhecimento esperado. Somando-se a isto, o fato de não ter experiência no setor público, sugere ser esta, em parte, a explicação pelo seu desinteresse, e desinformação, em relação ao Estado e ao Conselho Municipal de Saúde.

Mesmo constatando a existência de dificuldades nas condições de trabalho, proporcionadas pela situação caótica do SUS, não revela um sentimento de indignação com a situação. Talvez por não se importar muito com as consequências disto para a instituição hospitalar que representa, mas da qual não é proprietário.

Não constata nenhum tipo de mudança no setor saúde, a partir de alterações no contexto sócio-político do País e não faz nenhuma relação de causa e efeito entre os acontecimentos verificados no desenvolvimento do Sistema de saúde.

C é diretor não-proprietário, 55 anos, médico clínico formado há 17 anos, sem especialização em administração hospitalar e trabalhou no setor público municipal. O hospital é de porte médio e está localizado na zona leste 2.

Sua visão acerca do Estado é a de que os hospitais lucrativos não são considerados para a discussão dos problemas. Deixa transparecer a idéia de que existe, na relação entre Estado/hospital lucrativo um preconceito que limita o processo de comunicação entre ambos. Tal preconceito, segundo o dirigente C, está presente na fala dos representantes dos órgãos oficiais de saúde. Daí, o argumento para justificar o contrato de prestação com o SUS como um artifício que atenua as tensões existentes na relação com o Estado.

Como os outros, também não detecta as repercussões da transição democrática no setor saúde. Mesmo tendo experiência como médico no setor público .

Em relação ao usuário não pagante preferiu omitir sua visão, mas, por outro lado, teceu comentários com um teor pejorativo a respeito da postura do usuário coberto por planos de saúde. Acredita que o Conselho Municipal de Saúde não apresenta resultados em prol da comunidade em função da falta de representatividade.

• D é economista, 47 anos, formado há 21, com especialização em administração hospitalar e é proprietário. O hospital é de porte grande e está localizado na zona norte 1 .

De todos os entrevistados é o único que não é médico. Acredita que o Estado não está focado nas necessidades dos hospitais privados. Atribue como consequência disto a falta de integração entre as instâncias de Governo (federal e estadual) e a indisposição de diálogo por parte de autoridades do setor.

Ele não assume um posicionamento em relação ao Conselho Municipal de Saúde, mas a sua atitude revela uma negação em relação a esta instância deliberativa. Justifica isto com o argumento de que não é convidado para participar, mas cai em contradição quando afirma que não mantém contato com o SINDHOSP, seu representante no CMS. Para reforçar a afirmativa de que ele nega o Conselho Municipal de Saúde como instância deliberativa, existe o fato de possuir uma dependência vital para a sobrevivência de seu hospital em relação ao SUS.

• E é proprietário, 67 anos, médico clínico formado há 32 anos, não possui especialização em administração hospitalar e trabalhou no setor público durante 30 anos. O hospital é de porte médio e fica na zona leste 1.

Deixa transparecer na sua fala uma preocupação constante com o aspecto financeiro. A partir disso, afirma que o Estado parece querer extinguir o segmento hospitalar lucrativo, em função dos baixos níveis de remuneração e da falta de políticas que auxiliem a sobrevivência desses hospitais. Na sua experiência no setor

público como médico, afirma não ter sido recompensado financeiramente pelo trabalho realizado. A sua afirmativa de que o Estado não reconhece os serviços a ele prestados está justificada na baixa remuneração percebida. Tanto como médico, quando no setor público, quanto como empresário hospitalar, no setor privado.

Não vincula, em suas análises, a evolução do Sistema de saúde às alterações ocorridas no âmbito da sociedade civil. Não tem a visão de que o usuário pode vir a ser um parceiro para solucionar os problemas do setor.

Utiliza o SUS como uma garantia de recebimento, mesmo que exíguo, pelos atendimentos de emergências e urgências de pessoas carentes realizados no seu hospital. Deste modo consegue manter uma boa convivência com a comunidade que julga carente.

POSIÇÃO EM RELAÇÃO AO ESTADO

Os entrevistados têm uma imagem em relação ao Estado, que pode ser associada à de ineficiência e inocuidade, no tocante aos problemas do setor saúde. Os depoimentos sugerem que, de modo diferenciado, em relação ao histórico levantado, no qual a figura do dirigente hospitalar é tida como um beneficiário direto das políticas de saúde do Estado, aqui existe uma repulsa manifesta pela forma com que os mandatários do poder público conduzem os problemas pertinentes ao setor. As formas de expressão são diferenciadas, usando argumentos e percepções diversas, mas que evidenciam uma convergência da visão destes atores.

Em relação às políticas públicas, os entrevistados revelam insatisfação pelos resultados e questionam as intenções existentes por de trás das mesmas. A e C afirmam que o Estado estabeleceu uma estratégia para arruinar a estrutura oficial, configurada no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social -

INAMPS. Isto teria sido devido ao interesse em fortalecer a medicina supletiva de seguros de saúde, cooperativas, medicina de grupo, etc., como alternativa para o custeio de ações curativas. Atribuem a extinção do Inamps a uma política de aviltamento dos valores praticados no nível dos contratos de compra de serviços.

Todos consideram a transição do Inamps para o SUS, algo que não trouxe alteração, no que se refere ao trato entre hospital e poder público. O entrevistado D alega que, após o processo de descentralização administrativa ter iniciado, as instâncias estadual e federal se valem dos limites de suas atribuições para dificultar a resolução dos problemas mais imediatos:

“Então passou do Inamps para o SUS, mas a política continua a mesma, só com um problema: a gestão atual é feita pela Secretaria de Saúde de São Paulo. Então, quando se tem algum problema com a Secretaria da Saúde, que eles vem aí com determinada exigência, você fala ‘Pôxa, mas, não dá para atender!’. Mas eles dizem ‘Não é problema nosso, é um problema do Governo Federal’. Aí, você vai ao Governo Federal, ele fala ‘Nós não temos verba, não podemos pagar mais do que isso.’ Então, você veja, existe, agora, um jogo de empurra. A Secretaria da Saúde quer cobrar muito e ela não paga, quem paga é o Governo Federal. E o Governo Federal não tem dinheiro para pagar cada exigência da Secretaria da Saúde, então, criam problemas para nós!”

A falta de integração na formulação de diretrizes administrativas nos níveis municipal, estadual e federal, além da diminuição de recursos financeiros é, também, outro fator que contribui para a deterioração das políticas de saúde, na perspectiva do entrevistado D. Perguntado sobre o corte orçamentário da saúde para 98, ele afirmou ser difícil cortar recursos em virtude de, praticamente, não haver mais o que cortar.

O entrevistado E, juntamente com D, entende que o Estado, ao formular políticas para o setor prejudica os hospitais, enganando-os através de um discurso inovador, respaldado numa legislação democrática, mas que não tem sustentabilidade

na realidade cotidiana, pois não existem condições reais para concretizá-las. E afirma ser necessário uma mudança radical na definição das políticas para que se possa ter a melhora da situação da saúde, pois, na atual, não existe visão de longo prazo e os programas implementados são paliativos e tendem a sanar tensões pontuais:

“[...] mas o que eu observo é o seguinte: começa mais ou menos bem, como o PAS, dando um atendimento relativamente satisfatório. Mas com o decorrer do tempo a gente percebe que as verbas vão ficando cada vez mais difíceis, vão tomando outros destinos e tal, e a coisa começa a tornar-se defeituosa, difícil, precária e não satisfazendo as condições para as quais essas entidades foram criadas”.

O aviltamento dos preços pagos pelos serviços contratados pelo Estado é visto por A como um obstáculo na negociação entre aquele e os hospitais. D afirma que o grande número de descredenciamento na sua zona se deve à insustentabilidade dos serviços com base nos valores remunerados no âmbito do sistema público de saúde. B entende que as políticas estabelecidas são as responsáveis pela baixa remuneração e que o Estado não tem a intenção de resolver o problema da saúde.

As posições assumidas, em relação ao Estado, demonstram que os dirigentes entrevistados não possuem um entrosamento com os órgãos oficiais da saúde. Atribuem a responsabilidade pelos problemas encontrados no setor de serviços médico-hospitalares aos tomadores de decisões no âmbito do ministério e secretarias. Em nenhum momento, houve uma voz que fizesse uma auto-crítica dos métodos de gestão hospitalar, aí incluídas atividades financeiras.

CONCEPÇÃO DO SUS

Na narrativa histórica verificada neste texto, inexistiu uma presença do segmento hospitalar engajado na modificação do modelo adotado para a assistência à

saúde da população. Os mecanismos de financiamento, por sua vez, criaram as condições de uma franca expansão do setor hospitalar lucrativo. O SUS corresponde a uma síntese de todo o trabalho defendido ao longo dos anos por um segmento da sociedade comprometido com a equidade social. Na perspectiva destes valores, o setor saúde deve ter ação redistributiva, atenuante dos desequilíbrios sociais.

Do ponto de vista dos dirigentes hospitalares em questão o SUS representa, entretanto, uma continuidade do extinto Inamps: remuneração baixa, muita demanda e pouca oferta e qualidade duvidosa de serviços. Dois entrevistados, C e E afirmam manter o credenciamento como forma de siustentar uma relação amistosa com a comunidade em que estão inseridos, sendo que um deles, C, alega ser necessário o relacionamento com o SUS para não criar dificuldades no trato burocrático com a Secretaria Estadual de Saúde:

“[...] eu vejo assim; particularmente, não atendendo o SUS, a gente vai ter muita perseguição, porque alvará de funcionamento, depende da Vigilância Sanitária, então, se a gente deixar de atender definitivamente o SUS, a gente vai ter muita perseguição em tudo [...]”

Alega, ainda, que o SUS propicia um lucro “não-financeiro”, apaziguador da perseguição implementada pelos representantes dos órgãos oficiais:

Então, convém trabalhar com a Previdência. Esse ‘convém’ é lucro? Quem sabe?! No final de tudo seja uma forma de lucro. Nem sempre o lucro é financeiro. O lucro de você ter facilidades.[Por exemplo] nós brigamos aqui uns seis meses por causa de uma água empoçada na saída da garagem. Fui umas cinco vezes nas regionais [de saúde], fui na delegacia, no bombeiro e se dizia que a água saia do velório.[...] O camarada da [Vigilância] Sanitária veio aí várias vezes, ‘encheu o saco’. Não sei se ele vem cumprir o que é regra para todo mundo, ou se ele vem cumprir aquilo por que você deixou de ceder em alguma coisa.”

O segundo alega o vínculo como forma de manter uma boa relação com a comunidade pobre que necessita dos serviços, além de mostrar que há vivência de uma pressão para escapar de sanções por omissão de socorro:

“Porque você não trabalha com o SUS, chega aqui na nossa região, lugar suburbano, você toda hora tem paciente, parturientes, pacientes muito graves, que vem da favela, sem documentos, sem nada. Se você não atendê-los, você cai naquela infração de pronto atendimento. Você tem de dar pronto-atendimento, receba ou não receba [...]. Por que se não atender, você vai ter problema com a comunidade [...].”

O entrevistado D tem o maior grau de dependência do SUS, entre todos os dirigentes:

“A partir do momento que nós tivermos que rescindir o contrato com o SUS, provavelmente, a gente não se aguenta mais.”

Mas, mesmo assim, vê no SUS uma continuidade no aviltamento da qualidade dos serviços oferecidos, tal como já acontecia na época em que o Inamps era a principal instância administrativa da área da saúde no setor público.

O entrevistado B apresenta uma percepção dos órgãos oficiais muito precária. Não consegue se referir aos mesmos, utilizando as siglas corretamente. Ele deixa transparecer que não percebe a interdependência do contexto geral da sociedade e as suas repercussões dentro do aparelho estatal. O que é facilmente detectável é o trato imediato de compra e venda de serviços, concretizados no preenchimento de guias de internação. Assim, Inamps ou SUS, não apresentam diferença:

“[...] desapareceu o Inamps e apareceu o SUS, não foi?! [...] Simplesmente, mudou a entidade, porque o resto continuou a mesma coisa [...] o quê que refletia a mudança do antigo INPS para o SUS, não houve mudança. Só houve mudança na entidade! Continua a mesma coisa, né? Continua encaminhando os doentes e a gente, tendo o vínculo [...], o que se chama de convênio, tendo o convênio com o SUS.”

Comparando à antiga estrutura, não vislumbra diferença e admite que o SUS não consegue atender às demandas:

“Através do SUS é difícil conseguir uma vaga. É uma luta. Você não consegue, por exemplo, você quer uma vaga no H [nome do Hospital foi omitido para assegurar sigilo]. O H. é [...] do SUS, mas vai conseguir uma vaga lá! [...] Tá um caos!”

É nítido o descontentamento com a situação do financiamento dos procedimentos realizados no âmbito hospitalar, conforme a declaração dos entrevistados. Mas não parece existir nestes entrevistados um sentimento de corporativismo que motivasse uma ação objetivando a melhora nos níveis de remuneração. Mesmo em outros aspectos relacionados aos serviços, dentro do Sistema Único de Saúde.

RELAÇÃO COM O USUÁRIO

Os comentários dos entrevistados a respeito do tipo sócio-econômico do usuário correspondem ao que colocamos anteriormente no texto, com exceção do centro expandido⁷⁴. A saber: norte 1: classe social desfavorecida e usuário conformado com a situação do Sistema; centro histórico: usuário mais seletivo na escolha do serviço; centro expandido: de classe social desfavorecida, mas usuário exigente no que se refere à obtenção do atendimento; zona leste 1: usuário de classe social desfavorecida, mas que exige o atendimento; zona leste 2: de classe social desfavorecida, mas não revela postura do usuário .

O entrevistado A entende que o usuário mudou o seu comportamento, no que se refere à exigência por equipamentos sofisticados, B e E também compartilham do entendimento de que o usuário é exigente quando se trata de atendimento médico-

⁷⁴ Em virtude de receber pacientes remanejados de hospitais de outras regiões da cidade.

hospitalar. O entrevistado D, pela sua experiência na zona norte, enxerga no paciente a figura resignada e conformada com a situação de dificuldade em conseguir assistência, sem demandas qualitativas da mesma. O depoimento que chama mais a atenção é o do entrevistado C, que julga o usuário utilitarista e aproveitador.

Na fala de A verifica-se que a visão acerca do usuário é a de que o seu comportamento mudou, a partir de um contato mais estreito com a tecnologia sofisticada no âmbito do trabalho. Mesmo não tendo um conhecimento aprofundado sobre todas as modalidades de equipamentos médicos, o usuário consegue detectar a existência, ou não, de modernidade nos serviços de saúde, bem como o grau de resolutividade do mesmo. A seguinte declaração ilustra isso:

“Aqui em São Paulo, mas a gente pode até falar em Brasil [...]. Esse consumidor brasileiro, principalmente das áreas metropolitanas, ele mudou o seu perfil. Ele sabe, exatamente, o quê que é uma tecnologia, ele sabe o que é um hospital resolutivo, ele sabe que existem atendimentos primários, secundários e terciários, talvez, não com essa sofisticação de definição, mas ele sabe que um lugar é mais simples, outro lugar ele acha muita coisa, faz o raio x dele, faz a ultrassonografia e outro é realmente para resolver tudo.[...] Ele é um ávido consumidor de tecnologia.[...] Ele se diferenciou e ele já fala com a própria voz dele o quê que ele quer, ele já sabe reclamar.”

De todos os entrevistados, A é o único que vislumbra a possibilidade de firmar parceria com o usuário na tentativa de achar soluções para os setor saúde.

B e E afirmam que o usuário tem um alto grau de exigência por resolutividade de serviços, mas alegam que a complexidade e as limitações concretas do sistema estão além do entendimento dos pacientes. A questão que mobiliza o usuário é o atendimento, uma preocupação que tem o limite de alcance muito imediato, circunscrito ao fato da internação ou do pronto-atendimento.

“[...] são pessoas penalizadas, não todas, mas uns oitenta por cento são todas pessoas carentes, pessoas de baixa renda, pessoas de um nível realmente baixo. E, logicamente, aí entra aquela cobrança [...] sobre o aspecto médico, exigindo melhor tratamento, exigindo um determinado tipo de exame, exigindo um especialista, exigindo uma transferência. [...] Para o leigo parece simples, eu pegar o telefone e falar: ‘Escuta, eu tô com uma família aqui, o pai dela tá com isso, isso, isso. Tô querendo uma vaga aí!’ - Sabe o quê eles vão falar? ‘Não tem!’.”

A figura resignada e conformada com a situação de falta de assistência, apesar de existir uma consciência dos direitos, também surge no discurso de D,. A reclamação faz parte de sua fala, mas aparece como uma honrosa exceção, que se insurge contra a flagrante maioria de mudos:

“[...] eu te falei que tinha deficiência de cento e cinquenta pacientes para ser internados. A partir do momento que eles conseguem a internação, eles estão dando ‘graças a Deus’. Então, eles saem de um sufoco tremendo.[...] A maioria é classe baixa, mesmo. Então, eles têm consciência dos direitos deles. Tanto é que quando alguém abre a boca, eles conseguem. Hoje, a maioria sofre calada e não vê outra alternativa, não!”

C faz uma declaração que coloca o usuário como um utilitarista, a partir da regulamentação dos planos de saúde:

“O último item da regulamentação dos planos de saúde, de que a pessoa poderia ser atendida em qualquer local, independente do plano, contando que seja uma emergência, é falência para todo mundo. Se você começar a se sentir mal, você deve, automaticamente, a pegar o rumo do HC, da Escola Paulista ou Santa Casa. Você jamais vai pegar o rumo do São Miguel, ou de Perus, ou do Jabaquara, ou de Santana, ou do Tucuruvi, nunca! [...] Aonde você prefere ser atendido, Beneficência Portuguesa ou aqui? [...] Todo mundo vai querer ser atendido no melhor. Vai existir como fraudar o negócio.”

O entrevistado chega a afirmar que o usuário poderá se valer de comprometer a própria saúde, só para conseguir atendimento num hospital de renome:

“É muito fácil você deixar um diabético, descompensado, fica quatro, cinco dias sem tomar o remédio e vai lá no Sírío Libanês, e vai dar glicemia. ‘Você precisa ficar internado!’ Quatro, cinco dias sem tomar o remédio de pressão alta, chega lá com dezessete por doze [...] precisa ficar internado.”

A grande maioria dos discursos, com exceção de A, não reconhece o usuário como um possível agente que possa ser parceiro dos prestadores de serviços para o SUS. A condição desfavorável no aspecto sócio-econômico deixam o usuário numa condição de isolamento, sem serem considerados pelos dirigentes hospitalares em questão como atores sociais envolvidos na problemática da saúde.

CONSELHO DE SAÚDE

Dos cinco entrevistados, apenas um demonstrou uma apreciação mais crítica a respeito do Conselho Municipal de Saúde. A atuação desta instância não desperta o interesse dos depoentes, desconhecem os resultados obtidos das atuações dos conselheiros e não mantém contato com o representante do segmento hospitalar junto ao Conselho.

O entrevistado A considera o CMS como um objeto de interesses político-partidários e que, por isso, não obtém a resolutividade formalmente estabelecida. Para ele, o exemplo do PAS é muito elucidativo, pois o truncamento da comunicação no âmbito do Conselho, fez com que o executivo municipal criasse um “desvio” e possibilitasse um trâmite decisório dentro dos seus interesses e parâmetros.

“O Conselho Municipal de Saúde [...] saiu do Governo Erundina e foi para o Governo Paulo Maluf [...]. O CMS que existia permaneceu e se tornou uma oposição velada dentro da própria Secretaria Municipal de Saúde. Todas as coisas eram discutidas, todas as coisas eram criticadas, não se podia mudar nada [...] e quando o Conselho não aceitava determinadas coisas, ele imediatamente levava o fórum para uma audiência pública na Câmara.[...] Quando essas coisas ficaram num nível realmente de embate, muito difícil, por que a Secretaria, num determinado momento, tentava

mudar o modelo assistencial, tentava melhorar suas condições de remuneração, tentava colocar em funcionamento hospitais, pronto-socorros e tudo o mais, através de uma determinada política lá, o Conselho se colocou sempre antagônico [...] até que num determinado momento, aparece uma ruptura, na medida em que você se contrapõe a qualquer tipo de resolução de nível político, de repente, existiu a ruptura. Essa ruptura se chamou PAS.”

No discurso de A surge, também, uma alternativa ao CMS, como forma de se obter resultados a partir da discussão democrática das ações em saúde:

“Não acho que a melhor solução é montar grandes conselhos paritários [...] As reuniões com comunidades organizadas são muito melhores e dão muito mais resultados, na unidade de trabalho, do que os conselhos montados a custa [...] de quem detém o poder político.”

A idéia do Conselho propriamente dito, na visão de A, não resolve o problema se não houver uma mudança na maneira de encarar o paciente:

“As comunidades organizadas tem que parar de ser tratadas como usuário, paciente [...] Tem-se que desenvolver este conceito: é cliente, e daí você começa a ter uma preocupação com a qualidade de atendimento, isso resolve! [...] Monta um Conselho que resolve tudo! Para mim, não resolve nada. A representação da comunidade frente ao hospital, frente à coisa, ali perguntando, lutando pelo que nós estamos fazendo, funciona!”

Desconhecimento. Esta, a constatação que extraímos dos discursos dos demais entrevistados. Há, praticamente, uma unanimidade em não reconhecer os resultados obtidos a partir das reuniões dos conselheiros, seja por desconhecimento, seja por desvalorizar o CMS. Pois, tampouco, existe um interesse em participar ou se inteirar do conteúdo das discussões.

O CMS não representa, na concepção dos dirigentes analisados, uma possibilidade de mudanças no quadro, que eles próprios, delinearam como difícil. As

declarações são enfáticas e diretas, como se o tema não tivesse a menor importância dentro do contexto de discussão dos problemas da saúde. Abaixo alguns trechos dessas declarações:

“[...] esse Conselho, praticamente, não existe, não é constituído! Ele não tem *modus operandi* nenhum. Se ele tem um *modus operandi*, esse Conselho não é do conhecimento deste hospital.”

Mais:

“[...] Se a Secretaria não chama [...] nós não vamos procurar. Se nós nunca fomos chamados para ouvir ou para opinar, fica complicado, ainda mais com todos os problemas que a própria Secretaria se encontra [...]. Nós não temos contato nenhum com o Conselho. [...] Se, hoje, a gente não participa, talvez exatamente por falta de um caminho, sei lá, um convite, ou coisa parecida.”

Ainda:

“Eu, para te dizer o que é verdade, o Conselho de Saúde, eu não estou a par da formação desse Conselho, nem o que o Conselho vai fazer [...] Tem essas reuniões, mas não chega ao nosso conhecimento com profundidade para nos avisar e trazer horizontes, trazer novas esperanças e tal. No meu modo de pensar, eles estão trabalhando lá, fazendo a obrigação deles, mas, na realidade, os frutos são ainda ignorados.”

O entrevistado B apresenta, especialmente, uma percepção mais superficial, ainda. Desconhece o Conselho Municipal de Saúde, e confunde-o com o Conselho Regional de Medicina:

“O Conselho Regional você diz? [...] Olha, nunca tive contato com esse pessoal. Aqui, eu não tive. O que a gente trata aqui é justamente com o ERSA, essa parte de vigilância sanitária, [...] parte do próprio Inamps, do próprio SUS.”

A característica de provocar uma tomada de decisão pactuada no âmbito do SUS, por intermédio do Conselho de Saúde, não faz parte do entendimento dos dirigentes em questão. O entendimento do papel do CMS é algo tão árido que causa o desinteresse por parte dos representantes da entidade hospitalar. Não aparece na fala

de nenhum deles, ao menos uma menção de iniciativa em participar, se interar da evolução dos acontecimentos, que, por sua vez, estão relacionados com a realidade cotidiana, da qual construíram comentários de reprovação.

Aqui, fica fácil perceber o ranço clientelista, ainda presente, na postura assumida pelo dirigente hospitalar em foco e que permeia a relação da entidade hospitalar e o poder público. A negação do Conselho Municipal de Saúde é a prova de que o canal de comunicação persiste em contactar o órgão estatal, diretamente, sem tramitar por um foro de discussão democrático, no qual o embate de perspectivas diferenciadas é o cerne da questão.

Na visão do dirigente em foco a mudança tão esperada, ainda precisa ser implementada de cima para baixo. A passividade em esperar a resolução dos problemas a partir de medidas administrativas tomadas em ambientes herméticos parece ser a causa do descontentamento com o Estado. Se, no passado, os mecanismos de proteção do segmento hospitalar lucrativo foram decididos por tecnocratas e efetivados através do aparato legal elaborado, sem a intervenção, mesmo que indireta dos diversos atores componentes do setor, soa estranho, para estes interlocutores, que surjam de uma discussão amplificada, contemplando a todos o direito de voz, as resoluções saneadoras dos problemas atualmente enfrentados.

QUADRO GERAL

Como forma de visualizar o conjunto das expressões assumidas pelos entrevistados, resumimos no quadro abaixo, o perfil de cada um dos dirigentes com os respectivos conteúdos:

| | A | B | C | D | E |
|-------------------|--|--|---|--|---|
| Perfil | Proprietário, médico com curso de especialização em administração hospitalar, com experiência no setor público, hospital do centro histórico, médio porte. | Não proprietário, médico sem especialização em administração hospitalar, sem experiência no setor público, hospital do centro expandido, grande porte. | Não proprietário, médico sem especialização em administração hospitalar, com experiência no setor público, hospital da zona leste 2, médio porte. | Proprietário, economista com especialização em administração hospitalar, sem experiência no setor público, hospital da zona norte 1, grande porte. | Proprietário, médico sem especialização em administração hospitalar, com experiência no setor público, hospital da zona leste 1, médio porte. |
| Estado | Estado como potencial parceiro, apesar de não dar tratamento diferenciado para os hospitais privados. | Estado é visto com apatia e distanciamento. | Estado como dificultador para os hospitais privados, em virtude do preconceito do primeiro em relação ao segundo. | Estado como dificultador para os hospitais privados, em virtude da falta de integração dos níveis de governo.. | Estado como dificultador para os hospitais privados, em virtude do baixo nível de remuneração dos serviços. |
| Conselho de Saúde | O CMS não é alternativa para solucionar problemas do setor saúde, por ser objeto de manipulação política | O CMS é desconhecido. | O CMS não é alternativa para solucionar problemas do setor saúde, por não ser representativo. | Não assume postura em relação ao CMS, mas insiste no contato direto com os órgãos executivos. | O CMS não é alternativa para solucionar problemas do setor saúde, pelo fato de ser ineficaz. |
| SUS | SUS como comprador de serviços. | SUS como comprador de serviços. | SUS como artifício facilitador de comunicação com os órgãos públicos. | SUS como comprador de serviços e garantidor de sobrevivência institucional. | SUS como um artifício de boa convivência com a comunidade e garantia de remuneração para atendimentos emergenciais. |
| Usuário | Usuário como potencial parceiro na condução das ações em saúde | Usuário como fator de dificuldade do trabalho, por exigir melhor atendimento sem conhecer as limitações do SUS. | Omite sua visão a respeito do usuário. | Usuário como desvalido e penalizado pela condição social. | Usuário como fator de dificuldade do trabalho, por não poder pagar. |

Capítulo 6: Análise dos Resultados

A fala dos dirigentes entrevistados, *grosso modo*, revela certo descontentamento com o Estado, insatisfação com o SUS, uma relação superficial com o usuário e um desconhecimento em relação ao **Conselho Municipal de Saúde**. As causas para isso são diversas. Experiências vivenciadas, adesão ideológica à valores e interesses arraigados ou mesmo a desinformação, podem ser apontados como alguns dos fatores determinantes para a composição deste quadro. As relações causais são muito complexas e difíceis de serem apontadas. Cada entrevistado traz consigo uma história de vida e aí estão incluídos os fatores que justificam e influenciam os respectivos discursos. Mas, mesmo assim, tentaremos a seguir assinalar alguns pontos.

A situação do cenário no qual estão inseridos os dirigentes e respectivos hospitais é definida, pelos próprios, como difícil. Apontam o **Estado** como o grande responsável pelas condições restritivas do setor saúde. Atribuimos esta culpabilização do Poder Público ao seguinte conjunto de aspectos:

a) o desgaste dos anéis burocráticos que, como procuramos demonstrar, foi o mecanismo que possibilitou a interferência nas tomadas de decisão na esfera do **Estado**, pelo setor privado. Apontamos como motivo causador deste desgaste, a modificação da composição no perfil dos quadros públicos, pois o ingresso de indivíduos identificados com os princípios democratizantes foi verificado ao longo do processo de modificação jurídico institucional da saúde;

b) o comodismo originado pela relação estreita com os representantes dos órgãos públicos, ao longo do processo de formação do modelo assistencialista centralizado na estrutura previdenciária, e que tinha uma feição eminentemente clientelista.

c) relação minada por preconceitos e que, por isso, não consegue desenvolver um canal de comunicação aberto e franco entre os hospitais e os órgãos públicos. Os dirigentes acreditam que o Estado explora os hospitais, além de se sentirem caracterizados como os “vilões” do Sistema. Por sua vez, nutrem, como já vimos, desconfiança em relação ao **Estado**.

Em relação ao SUS, existe uma noção muito precária a respeito do entendimento de seus fundamentos filosóficos. Na oportunidade das entrevistas, foi formulada uma pergunta em que se pedia uma análise acerca da extinção do Inamps. Implicitamente, arguia-se sobre a percepção dos dirigentes quanto as mudanças ocorridas no contexto sócio-político da nação, e suas respectivas consequências, no setor da saúde. Os dirigentes não conseguiram articular tais nexos causais. Apenas limitaram-se a evidenciar a mudança na instituição governamental, caracterizando-a como uma mera alteração de siglas.

O que procuramos conceituar como transição democrática, ao longo deste texto, ilustrando com os fatos históricos, não é percebida pelos dirigentes, ou no mínimo, não foi expressado. Para esta ausência, caracterizamos duas possíveis razões:

a) o não reconhecimento da evolução democrática na sociedade brasileira, no seu desdobramento na saúde. Em outras palavras, não é expresso pelos entrevistados uma redefinição dos contornos da relação Estado/sociedade, na qual o entendimento pactuado para a condução da coisa pública, é privilegiado;

b) em primeiro lugar, uma limitação, de fato, para apreender, tomar conhecimento pleno. E, em segundo, reconhecer nos fatos ocorridos, uma consequência de vários fatores modificadores da realidade do país. Aí incluída as articulações de setores da sociedade, como aqueles que apontamos no texto: partidos políticos progressistas, associações de moradores, igreja, trabalhadores da saúde,

acadêmicos, etc. Desta forma, a percepção dos fatos limita-se à relação de compra e venda de serviços, aos seus trâmites burocráticos e normatizações.

É importante ressaltar, ainda, que mesmo havendo três entrevistados médicos com experiência no setor público, não há uma incorporação dos preceitos filosóficos do SUS. Para ilustrar este ponto, cabe uma referência ao trabalho desenvolvido por Campos⁷⁵ no município de Campinas. Neste estudo, o referido autor analisa, entre outras coisas, as representações dos médicos atuantes no setor público acerca do processo de descentralização promovido na área da saúde. As investigações da pesquisa levaram-no a afirmar que boa parcela dos médicos trabalhadores do setor público rejeitam a fiscalização da comunidade nos serviços médicos, por exemplo. Dentre os princípios do SUS, a participação social é fundamental para que o Sistema de saúde possa ser gerido contemplando as necessidades populares. Mas, como sugere o estudo de Campos, isto não está suficientemente incorporado à consciência do profissional médico. Mesmo quando este atua nos serviços de rede sanitária básica.

Assim sendo, a afirmativa de Gerschman relatada neste texto de que o movimento médico também é responsável pelo processo de reformista do setor saúde, parece ser verificado apenas parcialmente. Já que existem médicos ainda tão desinformados e alheios em relação à democratização como preceito fundamental neste processo

O **usuário** surge como uma figura encarada de modo contraditório: um desvalido, de classe social inferior e resignado ou o agente que, por se mostrar exigente, causa problemas no dia-a-dia operacional do hospital. Não é expressada, com uma única exceção, pelos entrevistados, a possibilidade de existir uma parceria

⁷⁵CAMPOS, G. W. de Souza. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, nº 26 (1), p. 34 - 40, 1992.

entre prestador de serviços e consumidor para tentar amenizar, ou equacionar, os problemas que afligem os participantes do Sistema e que tem sua origem, de acordo com os discursos anunciados, na esfera do Estado. Como causa:

a) no modelo hospitalocêntrico definido no regime militar o usuário aparece como um agente que dá a licitude ao processo de concentração de renda no segmento hospitalar. O foco do referido modelo não foi o de priorizar a saúde da coletividade, daí não haver a ênfase na prevenção, mas engendrar mecanismos garantidores da acumulação capitalista. Sofre o usuário com esta imagem de mero fator de lucratividade, sem direito a voz.

b) a imagem de que o **usuário** desconhece a realidade do Sistema, sua complexidade, suas limitações. O nível sócio-econômico é apontado como determinante para essa “incapacidade” do **usuário**.

O desconhecimento em relação a atuação do **Conselho Municipal de Saúde**, pela maioria dos entrevistados, caracteriza o distanciamento dos dirigentes hospitalares entrevistados da realidade desta instância deliberativa. Este distanciamento se deve:

a) negação da nova condição do **usuário**, enquanto participante do processo de gestão, dentro de uma estrutura autorizada a regulamentar, fiscalizar e deliberar as ações ligadas ao trato da questão pública em saúde;

b) insistência nas relações diretas com os órgãos executivos da saúde como forma de defesa de interesses no processo de compra e venda de serviços assistenciais. Consideram caber a utilização de figuras do meio político para intermediar tais negociações;

c) não vêem o **Conselho Municipal de Saúde** como alternativa para provocar melhorias do setor saúde. Daí a ausência de itens relativo ao interesse direto do setor hospitalar lucrativo nas atas de reuniões da referida instância;

d) desarticulação e isolamento dos hospitais dentro do próprio segmento a que fazem parte. A apatia em relação à entidade representante dos hospitais no **Conselho Municipal de Saúde**, por desacreditar na representatividade legítima do interesse de classe. A comunicação com o SINDHOSP - Sindicato dos hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de pesquisas e análises clínicas, instituições beneficentes, religiosas e filantrópicas do Estado de São Paulo - é precária. Talvez, esta crise de representatividade encontre sua motivação espelhada na própria denominação da entidade representante.

Alguns elementos são determinantes para que todos esses aspectos levantados anteriormente sejam constatados.

A persistência em revitalizar os laços criados com o Poder Público, dentro da perspectiva em que colocou Martins: o **Estado** criando as condições ideais para o processo de acumulação capitalista e beneficiando determinados setores da sociedade, aí incluído o empresariado hospitalar. Em outras palavras, ter no **Estado** brasileiro uma entidade repassadora de recursos proporcionando o surgimento, ou manutenção, de grupos privilegiados pelo estreito relacionamento- anéis burocráticos - na qual estão presentes determinados representantes públicos, como afirmou Cardoso.

Podemos considerar ainda, a influência da mídia que trabalha uma informação em consonância com interesses geralmente ligados aos grupos detentores de seu capital, e que deixam claro uma forte afeição pela economia de mercado e a busca da lucratividade econômica.

A ideologia conservadora têm uma forte expressão nas falas captadas a partir de cada dirigente. A assimilação da lógica do lucro, que sufoca as possibilidades de um senso de responsabilidade social mais aguçado, mercantiliza o atendimento médico-hospitalar. As bases de negociação de compra e venda desses serviços ainda permanecem objeto de discussão tecnocrática, sem foco nas necessidades coletivas e ansiedades populares. Em outras palavras, implicam numa dificuldade em reconhecer os princípios da cidadania e a possibilidade de materializa-los, através de uma política que, realmente, imponha à saúde um caráter redistributivo, equalizando os desequilíbrios sociais. O que resulta numa fragilidade em incorporar valores democráticos de cidadania. Desta forma, não é constatado, na maioria dos casos relatados, a existência de uma consciência da responsabilidade social destes dirigentes no que toca a saúde como um bem coletivo e como direito social. A fala dos dirigentes entrevistados nos revela a persistência de uma cultura política conservadora. Segundo a afirmação de Moisés, este é um dos maiores desafios a serem enfrentados na democratização.

Considerando que os dirigentes, além das atribuições gerenciais, também possuem seus direitos enquanto cidadãos, estão longe de exercer esta cidadania de maneira ativa, como se referiu Benevides. A apatia em buscar caminhos alternativos, que privilegiem a discussão democrática, como o **Conselho Municipal de Saúde**, é a prova disso. Os artifícios jurídicos estão postos, mas não existe a vontade de pô-los em prática. Talvez, por que ainda não se vejam a si mesmos como cidadãos.

Comentários finais

Após termos percorrido o campo à procura de respostas para as primeiras indagações deste texto, podemos admitir que os dirigentes hospitalares em questão mantêm uma posição conservadora ante ao processo que vem sendo percorrido, o setor saúde. Isto confirma nosso pressuposto.

Este estudo não tem a pretensão de generalizar para todo o segmento hospitalar privado com finalidade lucrativa os achados extraídos da fala dos dirigentes entrevistados. Mas, traz uma pequena contribuição para a descoberta de alguns problemas que sacrificam o Sistema Único de Saúde e, por consequência, a maioria da população brasileira dependente da ação do Estado. Ou melhor, da ação integrada e responsável em que devem se articular Estado e sociedade. Acreditamos poder estar fomentando o interesse por outros trabalhos que dêem continuidade ao que foi aqui iniciado.

Não cabe, nesta oportunidade, classificar a referida conduta, como se estivéssemos buscando um “bode expiatório” para os problemas do setor. Os dirigentes demonstram, em última análise, uma desinformação muito grande associada ao isolamento de cada um deles dentro deste processo. A luta pela sobrevivência institucional, e também individual, erroneamente os leva a assumir uma visão míope do processo e os faz enxergar apenas os problemas imediatos de gerência. A visão ampla, geral das relações, dos nexos causais, dos significados ocultados pelas aparências materiais faz falta neste momento de dificuldades.

Desse modo, é difícil dizer se a figura do dirigente é vítima ou vilã, porque se as posturas assumidas são para defender uma linha ideológica, parece não surtir efeito em seu favor e fazem com que o dirigente apareça como o vilão. Por outro lado, se as posturas expressas refletem uma condição de alienação, tanto pior, pois resulta numa grande desinformação que, por sua vez, acarreta a desorientação e o atraso diante dos

acontecimentos. Atraso este pelo fato de não conseguir obter das estruturas componentes do Sistema Único de Saúde a garantia de progresso institucional-hospitalar. Aí entendidos garantia de lucratividade financeira, qualificação de mão-de-obra e aprimoramento dos procedimentos técnico-administrativos. Neste caso, o dirigente é a vítima

Os dirigentes entrevistados não vislumbram a possibilidade de assumirem um papel de agentes modificadores na reversão das adversidades apontadas por eles. Existe uma apatia muito grande, e uma resistência em reconhecer que o eixo de discussões, formalmente, mudou de lugar. Talvez, pelo fato de assumirem uma estratégia discursiva em defesa da manutenção da antiga estrutura administrava e todos as suas nuances de interação institucional. Ou, ainda, por não conseguirem vislumbrar na cidadania e na democracia um caminho a ser percorrido rumo a dias melhores.

Este apêndice tem como principal intenção trazer ao leitor mais informações a respeito das entrevistas realizadas no trabalho de campo - apêndice 1. Constan trechos das entrevistas e os quadros resumos com as principais afirmações dos dirigentes sintetizadas em pequenos tópicos (apêndices 2, 3, 4, 5, 6).

Apêndice 1

Trecho da entrevista com Dirigente A

Que análise o sr. faz da extinção do Inamps?

R. Posso te analisar isto de algumas maneiras, Primeiro: eu, como cirurgião, fiz parte do SUS de então, do Inamps, INSS. Então, o que a gente via em determinado momento, e até precisavame 1985-86, que era uma situação que eu julgava boa. Você tinha lá o seu ambulatório, atendia os pacientes. Você internava os seus pacientes num hospital que você era credenciado, geralmente um hospital particular com convênio com o SUS. Acabava tendo um envolvimento grande com isso, porque você assumia a responsabilidade frente a seu paciente, internava no credenciado. Tinha lá toda a infraestrutura desse hospital à sua disposição e acabava dando a assistência, tudo o mais, e resolvendo o problema. A partir de um determinado momento a gente viu que começaram a rarear esses leitos. Então, com isso, você acabou perdendo a segunda tarefa: acabou perdendo o contato com o paciente e não tinha mais lugar para internar. Então, devo te dizer que o momento foi realmente muito importante. Na hora que se perdeu isso, se começou a perder escala de atendimento. Então, isso, como médico. No segundo momento, dono de hospital. Então, durante algum tempo eu dirigi o hospital, um período de transição, entre comprar, investir num hospital, eu fui diretor deste hospital verificando todas as nuances de como é que você poderia viabilizar o seu empreendimento econômico. Então, o que que aconteceu? A gente via que o trabalho efetuado como hospital, onde você fornecia lá todo um pacote de leito, lavanderia,, alimentação, material, medicamento, SADT, e tudo o mais, tudo isso feito, assim, na ponta do lápis do faturamento, era muito além do que você recebia do Inamps, na época a gente tava recebendo, na apresentação da conta, você apresentava a conta no mês seguinte e recebia com sessenta dias depois. A média era noventa dias para recebimento. Então, era, realmente, muito deficitário o atendimento, muito deficitário. A partir daí surgiram algumas coisas que, tipo assim: “olha, precisamos contratar leitos de UTI.” Contratar leitos de UTI pela tabela do SUS e, ao mesmo tempo, você recebia uma proposta de convênio, de contrtos com outras entidades.

Do subsistema privado?

R. Privado! Já oferecia outras condições. Naquela época era tabela da AHESP [Associação dos Hospitais de São Paulo] com remuneração do médico pela tabela AMB. Então aí, era nítida a diferença: você tem um período, então, de 1984-85 que o Inamps passou a se esvaziar pela própria política administrativa que ele estava

desenvolvendo. Com isso, o quê que aconteceu? Num ponto perdia médicos credenciados e, no outro, perdia leitos hospitalares. Isso foi clássico, você via claramente que estava acontecendo e isso empurrava, realmente, os contratos, os convênios do SUS com os hospitais particulares à situação de completa impossibilidade de progressão. Isto realmente aconteceu!

A extinção do Inamps foi um processo inevitável?

R. Exatamente, um esvaziamento que foi dado através de políticas que nasceram dentro do próprio Inamps.

Gostaria que o sr. me falasse um pouco da experiência vivenciada com o usuário na unidade hospitalar.

R. Veja o seguinte: como médico a gente participava de uma equipe de cirurgia, realmente, muito importante com origem na Santa Casa de São Paulo. Então, nós tínhamos ali uma amostragem grande. Então, você tinha pacientes, aqueles humildes, que chegavam no ambulatório sem nenhuma apresentação, tinham suas patologias, era pedida a guia e era rapidamente, de acordo com a patologia e com a gravidade da patologia, e você tinha, também, os outros pacientes com o mesmo convênio do SUS, Inamps, mas com um perfil completamente diferente. Ele [os pacientes] já se identificava, já queria um apartamento, já queria diferença de tratamento, de tudo e queria mesmo uma diferença. Você veja, o usuário, ele tinha uma gama enorme de usuário, que também deveria ser feito estudo para que pudesse ter não sei se pagamento, a filosofia não era pagamento, mas ele não devesse ter uma classificação social diferente que ele pudesse ter, não sei se pagamento, mas se ele não devesse ter uma classificação social diferente que ele pudesse contribuir com a sua conta hospitalar, da sua conta de honorários e tudo o mais. Mas este segmento aqui, talvez, uma “classe c mais”, “b”. Ele [paciente] queria a diferenciação e isto também propiciou uma outra distorção que era pagamentos de honorários, pagamentos de diferenças que até teve uma regulamentação. O dito “por fora” que tinha até regulamentação do “por fora”. Mas isso deu distorção. Para você ter uma idéia, São Paulo ainda, eu não sei te dizer, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, durante muito tempo essas duas vertentes, vamos dizer, do absolutamente gratuito e do pagamento de diferenças e equilibrou as suas equipes de maior poder resolutivo, de maior experiência. No interior de São Paulo tinham cidades que simplesmente não existia mais, mas de muito tempo, a internação SUS, existia SUS com diferença. O chamado “particulóide”. E aí o sistema todo se adaptou em algumas cidades do interior.

Com a legislação que criou as instâncias de Conselhos dá voz para o usuário participar. Com isso, se percebe algumas mudanças no perfil, no comportamento

do usuário? Se isto ocorre, a sua Instituição, de alguma forma, redefiniu algum tipo de estratégia para lidar com esse possível novo comportamento do usuário?

R. O que eu vou falar para você pode ser muito polêmico. O que eu acho é o seguinte: o consumidor brasileiro, quando “brasileiro” é aquele que a gente conhece! Aqui em São Paulo, mas a gente pode até falar de Brasil. Esse consumidor brasileiro, principalmente, das áreas metropolitanas. ele mudou o seu perfil. Ele sabe, exatamente, o quê que é uma tecnologia, ele sabe o que é um hospital resolutivo, ele sabe que existem os atendimentos primários, secundários e terciários, talvez, não com essa sofisticação de definição, mas ele sabe que um lugar é mais simples, outro lugar ele acha muita coisa, faz o raio x dele, faz a ultrassonografia e outro é realmente para resolver tudo. Ele tem essa consciência. E ele é ávido consumidor de tecnologia. Eu, particularmente, acho que estes Conselhos quando entram nos hospitais estaduais, nos hospitais públicos, ao nível do Conselho Municipal de Saúde, no Conselho Estadual de Saúde, acho que ali só tem uma motivação: é política. Ele não tá muito preocupado com o usuário. Ele, filosoficamente, ele vai falar “porque o usuário, porque aquilo”. Mas isso tem uma motivação política. O que ele vai estar é engajado num segmento produtivo, enfim, alguma coisa. Este tipo de coisa eu, particularmente, hoje, depois de conviver com o Conselho Municipal de Saúde, Estadual de Saúde, eu não acredito muito nisso. A questão política predomina sobre a técnica e a administração. Mas a vertente política acaba predominando e aí você aprova, manipula e tudo o mais.

No caso aqui de São Paulo!?

R. Não acho que é a melhor solução você montar grandes Conselhos paritários com isto, com isto, com aquilo. As reuniões com comunidades organizadas são muito melhores e dão muito mais resultados, na unidade de trabalho, do que os Conselhos montados a custo de quem detém o poder político, ou quem sabe fazer a política, vão ter maior representação no Conselho do que o outro que tem maior contribuição a dar, mas não detém o sistema político. Isto é claro, na minha cabeça. As comunidades organizadas tem que parar de ser tratadas como usuário, paciente. Tem-se que desenvolver este conceito: é cliente, e daí começa a ter uma preocupação com a qualidade de atendimento, isso resolve! A representação da comunidade frente ao hospital, frente à coisa, ali perguntando, lutando pelo que nós estamos fazendo, isso funciona!

O Conselho Municipal de Saúde é, hoje, um *locus* de interlocução ?

R. Eu vou te dar um exemplo que você vai entender! O Conselho Municipal de Saúde, durante muito tempo, ele foi, vamos dizer assim, saiu do Governo a Erundina e foi para o Governo o Paulo Maluf. O Conselho que existia permaneceu e se tornou uma oposição velada dentro da própria Secretaria Municipal de Saúde. Todas as coisas

eram discutidas, todas as coisas eram criticadas, não se podia mudar nada, tá certo? Por que o Conselho opunha, e quando o Conselho não aceitava determinadas coisas, ele imediatamente levava o fórum para a audiência pública na Câmara. Quando estas coisas ficaram num nível de embate, muito difícil, por que a Secretaria, num determinado momento, tentava mudar o modelo assistencial, tentava melhorar suas condições de remuneração, tentava colocar em funcionamento hospitais, pronto-socorros e tudo o mais, através de uma determinada política lá. O Conselho se colocou sempre antagônico a esse tipo de coisa. Até que num determinado momento, aparece uma ruptura, na medida em que você se contrapõe a qualquer tipo de resolução. Essa ruptura se chamou PAS. Houve a transição de um modelo para o outro e o que que o Conselho apitou? - Nada, nada, nada. Por que foi uma coisa do tipo “não dá para compor, não dá para fazer”.

Trecho da entrevista com Dirigente B.

Que análise o sr. faz da extinção do Inamps ?

R. Eu não, sei desapareceu o Inamps e apareceu o SUS, não foi? Simplesmente mudou a entidade, porque o resto continuou a mesma coisa! Não teve mudança!

A relação do hospital que o sr. dirige com o Inamps...?

R. Não, pelo menos, do nosso hospital o quê que refletia a mudança do antigo INPS para o SUS? Não houve mudança. Só houve mudança na entidade. Continua a mesma coisa. Continua encaminhando os doentes e a gente, tendo o vínculo, o convênio com o SUS.

Qual a visão que o sr. tem a respeito do Conselho Municipal de Saúde?

R. Eu não tenho, inclusive... [exita] o Conselho Regional, você diz!?

O Conselho Municipal de Saúde. Aquele que prevê a participação paritária de usuários, prestadores de serviços, Governo...

R. Olha, nunca tive contato com esse pessoal. Aqui, eu não tive. O que a gente tem aqui é justamente com o ERSA, essa parte de vigilância sanitária, só com essa parte do Inamps, do próprio SUS.

Então, o sr. ignora, inclusive, quem o representa, lá no Conselho?

R. Eu ignoro, lógico que ignoro! Eu nem sei se tem representatividade.

Trecho da entrevista do Dirigente C

Sendo uma entidade credenciada pelo Sistema Único de Saúde, hoje, entendida no texto constitucional como um bem público, o Estado, em consequência disto, passa a ter o direito de controlar os vendedores de serviços. Como é encarado por parte do Estado?

R. O Estado é burocrático e, além disso, tem um defeito muito grande: ele é cíclico, a cada mudança de Governo, muda as cabeças, muda o jeito de ver as coisa. Então, se você pegar um acadêmico ele pensa de um jeito, se você pegar um camarada que aprende trabalhando, fazendo consulta, atendendo porta de hospital, ele vê de outro ângulo. Então, isso realmente de quem tá vendo o problema.

E o controle do Estado?

R. Controle é difícil, porque você vai reclamar para quem?

Sim, mas de qualquer forma o Govenio coloca certas críticas vai permiti-lo glosar certos...

R. Ah, sim! Isso existe. Existe a glosa. Veja bem, mas existe a glosa em cima do feito. Não existe uma glosa. Não existe uma glosa em cima de fatos que você poderia ter evitado. Não, é fato consumado. Isso já aconteceu. Você sempre perde, você nunca ddeixou de ganhar, você já fez e perdeu. Sabe como? O Governo poda você naquilo que já fez. Se você fizer isso, ele não vai pagar.

O sr. está colocando que não existe uma regra pre-estabelecida?

R. Existe uma regra, mas essa regra é tão variável que você acaba se perdendo no meio do caminho. Hoje, ela vale alguma coisa, amanhã já não vale mais. As regras mudam. Veja bem, nós temos uma maternidade aqui. Chega uma mulher hipertensa, diabética, terceiro filho, duas cesáreas anteriores. Então, nós entramos em contato com o Hospital de Referência Leonor de Barros, no Tatuapé. Ela pode ir em quarenta minutos e pode ir em quatro horas. quatro horas pode ser que nasça, no caminho, esta criança. Como é fica? Os riscos são teus, que enviou e não do outro que falou que podia manda. O jogo muda muito e é perigoso você fazer o jogo. É melhor assumir a responsabilidade. Agora, quando você assume a responsabilidade, não recebe pelo que você fez: vai ter que fazer uma glicemia na mãe, um exame sorológico específico do nenê, mas a Previdência não paga por isso. Eu não vou receber pelo que fiz, mas se ela tivesse morrido a culpa era minha.

Trecho da entrevista do Dirigente D

Com a instalação do Conselho Municipal de Saúde, de alguma forma, houve mudança no meio de comunicação com o Poder Público?

R. para nós, não alterou nada. Exatamente, nada. Via Secretaria de Saúde Estadual, quando nós tivemos problema “o Secretário não atende”. Não atendeu, nem a nós, nem aos deputados, que a gente tentou levar o nosso problema. Agora, via municipal, hoje, o nosso contato com a Secretaria Municipal de Saúde é via PAS. Como o PAS é um serviço terceirizado, nossos contatos com a Secretaria não resolvem o nosso problema: o pagamento do PAS. Por que o PAS diz que a Secretaria não dá o repasse [financeiro] e, não podem nos pagar. Não tem diálogo.

Mas esta é uma forma direta, ou seja, sua Instituição com Secretaria Municipal de Saúde. Em nenhum momento se tenta a instância do Conselho?

R. Não, não é Secretaria, é via PAS. A nossa briga, hoje, é com as cooperativas [do PAS] e não com a Secretaria.

Porque manter o convênio com o SUS? Dentro de toda uma situação que o sr. me colcoa, de restrição orçamentária, indefinições, dificuldades, porque ainda trabalhar com o SUS?

R. O nosso tipo de atendimento é um atendimento que você não consegue outros convênios. Nós tivemos vários serviços de marketing. Um especialista em marketing hospitalar, depois de levantar uma série de dados, inclusive era professor de uma faculdade, ele falou o seguinte: “Eu nunca vi coisa igual. vocês estão com o preço baixo, uma demanda de mercado violenta, mas não conseguem vender o seu produto”.

As especialidades oferecidas, quais são?

R. Bom, sempre naquele mesmo tipo de atendimento: casos crônicos, convescentes, politraumatizados, casos de câncer, casos que não tem recuperação, casos que estão fora de possibilidade terapêutica.

A regulamentação dos planos de saúde abre algum tipo de perspectiva nova para o seu hospital?

R. Nós pensamos que iria abrir, porque a partir do momento que eles tem que dar atendimento para todos os tipos de pacientes, vão ter que assumir todos os tipos de pacientes crônicos. Hoje, pagam para nós, em torno de trinta e cinco, quarenta reais, a internação de um paciente desses num hospital vai ficar num mínimo de oitenta, noventa reais. Mas o que se está percebendo é o seguinte: hoje, está havendo um problema muito grande com as medicinas de grupo. Elas estão atravessando uma situação muito difícil e não está havendo reação. Nós estamos com uns trinta convênios, se você considerar medicina de grupo, tem uns oito internados.

O sr. fala numa “situação difícil”, mas é atribuível a quê?

R. Estão com problemas financeiros. A gente percebe que está havendo problema de pagamento, inadimplência, tem muita gente desistindo, indo tentar o atendimento público. A própria população parece que está, hoje, muito “apertada”. Então, o

número de inadimplentes é muito grande e não há grande interesse deles [beneficiários] pagarem.

Trecho da entrevista com o Dirigente E

A publicação do texto constitucional diz que o usuário tem o direito de participar das decisão em saúde. A democratização do Sistema provocou alguma alteração de estratégias para lidar com isso?

R. Você diz o seguinte: ela impõe, preconiza que todos os cidadãos sejam atendidos, tem o direito à saúde?

Eu me refiro à condição do usuário em poder ajudar na tomada de decisão das ações em saúde, através do Conselho Municipal de Saúde.

R. Você sabe que lá na Constituição está escrito que todo cidadão tem o direito à liberdade, à escola, a isso, àquilo. Então, só direitos. O País parece não ter condição nenhuma de chegar a essas conclusões, porque não tem maios, não existe meios para sustentar esta condição, esse peso da situação, não há.

E quanto à posição do usuário participante do Conselho Municipal de Saúde?

R. Eu digo, o usuário pode participar, mas ele vai é cada vez exigir mais, procurar fazer com que a entidade se torne mais transparente e tal. Mas o que é preciso para que o usuário colabore é correspondência do Governo, no sentido de dar condições da entidade funcionar.

Como a sua Insituição se preparou para essa nova condição do usuário?

R. Ninguém se preparou e ninguém pode se preparar, porque não existem condições.

As condições de que o s. fala são de que...

R. Sempre de ordem financeira, porque você não pode, por exemplo, tirar um raio x e pdeir que um médico radiologista o interprete, se o que o Governo paga não dá para pagar o material do filme. Então, adianta a comunidade “ Ah, vocês devem pagar assim, vocês devem trazer um radiologista de primeira linha para fazer a interpretação do raio x e fazer isso, fazer aquilo”? Isto tem custo. Alguém vai pagar o custo? Se o Governo não vai pagar o custo, sou eu que vou pagar o custo? Não tem jeito.

Como o sr. encara a atuação do Estado na formulação de políticas de saúde ?

R. Eu acho que a política precisa mehorar muito. Como eu vejo, não tem eficiência.

E porque o sr. acha que é assim?

R. Eu acho que a política não está dando o respaldo às entidades.

E por que o sr. acha que o Estado está formulando políticas que não dão respaldo para quem atua na área?

R. Porque o Estado está atento psicologicamente ao desenvolvimento, mas, na realidade, eu não acredito que tenha uma política firme. Se você vai necessitar um empréstimo para melhorar a sua entidade, você tem que chamar o Papa para ser seu avalista. Você tem que estar numa situação em que, praticamente, não precise de dinheiro. Se você não estiver precisando, é capaz de arranjar dinheiro. Mas se você precisar de dinheiro, na realidade, você é discriminado. A gente fica desanimado.

Apêndice 2

| Resumo de entrevista - Dirigente A | |
|------------------------------------|---|
| Estado | <p>.Política de baixa remuneração para os hospitais provoca inviabilidade de negociação entre Estado e hospitais.</p> <p>.Perda da qualidade do atendimento causado por uma política mal planejada, que sobrecarrega os hospitais públicos.</p> <p>.Políticas de saúde estão respaldadas em concepções antigas, não se atualizam, não focalizam as demandas atuais, não se atualizam, não focalizam as demandas atuais.</p> <p>.Acha que deveria haver incentivos fiscais e financeiros públicos para os hospitais.</p> <p>.Alega que os hospitais "são empresas sociais" e que, por isso, deveriam receber incentivos por parte do Estado.</p> <p>.O controle apresenta três aspectos: quantitativo, produtivo e financeiro. Acha que a falta de fiscalização é, também, causadora da inviabilidade do Sistema.</p> <p>.Associa o interesse do Estado em fortalecer o segmento de medicina de grupo, seguradoras, cooperativas, etc. através do enfraquecimento do Inamps.</p> |
| Conselho de Saúde | <p>.O cunho político exacerbarão no âmbito do CMS propiciou uma estratégia, por parte do executivo municipal, de substituição do CMS como instância decisória no processo gerencial de saúde do município.</p> <p>.Quanto mais próximo da comunidade possível, maior a possibilidade de eficácia na atuação dos Conselhos, em virtude da legitimidade da representação.</p> |
| Usuário | <p>Tem o perfil alterado pelo contrato com equipamentos modernos no âmbito do trabalho, não por causa do CMS.</p> |

Apêndice 3

| Resumo de entrevista - Dirigente B | |
|------------------------------------|---|
| Estado | <p>.Acha que as políticas são responsáveis pela baixa remuneração de serviços hospitalares.</p> <p>.Não acredita que o Estado queira resolver o problema o problema da saúde.</p> <p>.Acha que a fiscalização exercida pelo Estado é frouxa, apesar de reconhecer uma infra-estrutura para isto.</p> <p>. Associa o afrouxamento da fiscalização ao tipo de doente que o hospital atende, ou seja, à especialidade predominante.</p> <p>.Acha que o Estado não cumpre as obrigações financeiras assumidas.</p> <p>.Alega que existe benevolência por parte da fiscalização da Vigilância Sanitária.</p> |
| Conselho de Saúde | <p>.Não reconhece a atuação do CMS.</p> <p>.Não enxerga o CMS como integrante do sistema de saúde.</p> <p>.Acha que o CMS não trata de assuntos relativos à assistência médico-hospitalar.</p> <p>.Não sabe o que é defendido pelo Sindhosp, no CMS.</p> |
| SUS | <p>.Não verifica alteração na transição do Inamps para o SUS, apenas verifica a alteração das siglas.</p> <p>.Não vislumbra interrelações entre o SUS e o contexto geral do país.</p> <p>.Não menciona as siglas dos órgãos corretamente, ou seja, se refere aos mesmos com as denominações antigas (fora das respectivas épocas corretas de existência).</p> <p>.O SUS é ineficaz para resolver os problemas de saúde da população.</p> |
| Usuário | <p>.Acha que o usuário não é exigente.</p> <p>.Acha que o usuário não entende como se dá a relação interinstitucional (de hospital para o hospital) no âmbito do SUS, e desconhece as dificuldades enfrentadas pelos hospitais que integram o Sistema.</p> <p>.Classifica o usuário como pertencentes às classes sociais menos favorecidas.</p> |

Apêndice 4

| Resumo de entrevista - Dirigente C | |
|------------------------------------|---|
| Estado | <p>.Não existe continuidade nas ações governamentais.</p> <p>.Reclama falta de diálogo com os representantes do setor público.</p> <p>.Os prestadores de serviços ficam à mercê dos tomadores de decisão governamentais que exigem demais dos hospitais.</p> <p>.As regras estabelecidas pelo Estado para efetivar a fiscalização dos serviços penalizam os hospitais contratados, além de minar a relação entre os prestadores privados. Aham que estes apenas se interessam por ganhos financeiros.</p> <p>.Imagem do Estado ineficiente e enganador, que não quer mudar a situação.</p> <p>.A política adotada pelo Estado facilita a expansão do sub-sistema privado.</p> |
| Conselho de Saúde | <p>.O trabalho do CMS não tem repercussão na região do hospital.</p> <p>.Não vislumbra poder de resolução no CMS, em virtude de não haver representatividade de demandas populares.</p> |
| SUS | <p>.Mantém convênio com o SUS para facilitar a relação burocrática com os órgãos oficiais de saúde.</p> <p>.Vínculo com o Estado ajuda na ação política do proprietário do hospital.</p> <p>.O perfil da clientela também é determinante para o vínculo com o SUS.</p> <p>.O SUS não trabalha outras ações, a não ser as de cunho curativo. Não acredita em prevenção no âmbito do SUS. Não teme a desospitalização como consequência de ações preventivas. Acha que o número de atendimentos hospitalares não caia, caso essa ação seja colocada em prática.</p> <p>.Acha que os serviços (intercorrências) que demandam mais recursos para efetivação não são remunerados pelo SUS.</p> |
| Usuário | <p>.Visão do usuário como alguém utilitarista e aproveitador.</p> <p>.Acha que o usuário leva como fator de escolha do hospital, apenas a boa reputação.</p> |

Apêndice 5

| Resumo de entrevista - Dirigente D | |
|------------------------------------|--|
| Estado | <p>.Ignora a atuação das unidades públicas.</p> <p>.A fiscalização do Estado é limitada pela falta de recursos. Este reconhece a própria limitação.</p> <p>.Acha que o Estado é acomodado na sua função de fiscalizar.</p> <p>.Divide em dois tipos de fiscalização: técnica e financeira.</p> <p>.O padrão ético e moral da administração do hospital supre a lacuna deixada pela falta de fiscalização governamental.</p> <p>.Não acredita nas ações do Governo.</p> <p>.Atribue o descredenciamento de hospitais na zona norte à política de baixa remuneração no âmbito do SUS.</p> <p>.Inexiste integração na formulação de diretrizes administrativas em saúde, nos níveis estadual e federal. As estratégias são definidas sem condições reais de concretizá-las.</p> <p>.As políticas de saúde não resolvem o problema porque não atingem outros aspectos que fogem ao seu escopo (nutrição, moradia, por exemplo).</p> |
| Conselho de Saúde | <p>.A instalação do CMS não alterou a rotina do hospital.</p> <p>.Afirma inexistir qualquer relação com o CMS e Sindhosp.</p> <p>.O CMS não representa alteração no trato interinstitucional com o setor público.</p> |
| Usuário | <p>.A condição sócio-econômica do usuário determina uma postura de resignação. Por isso, não vislumbra qualquer tipo de reação.</p> <p>.O padrão ético e moral do serviço é fato que garante a procura pelo hospital.</p> |
| SUS | <p>.Mesmo com dificuldades do Sistema, acha que o "jeitinho" acaba ajudando o usuário a conseguir atendimento.</p> <p>.O SUS é a única alternativa para viabilizar financeiramente o hospital.</p> |

Apêndice 6

| Resumo de entrevista - Dirigente E | |
|------------------------------------|---|
| Estado | <p>.Não existir visão de longo prazo para o setor da saúde.</p> <p>.Deve haver uma ruptura no modelo atual, para que possa melhorar a situação.</p> <p>.Tributação excessiva recai sobre o hospital privado.</p> <p>.Os programas instituídos pelo Estado são paliativos para minimizarem tensões pontuais.</p> <p>.O arcabouço jurídico não condiz com o nível de remuneração (muita exigência para poucas condições de trabalho).</p> <p>.O Governo não cria facilidades, dificulta as condições de sobrevivência dos hospitais privados.</p> <p>.Tudo o que tem a participação do Estado não possui cunho de melhora. O Governo não prioriza o setor saúde.</p> |
| Conselho e saúde | <p>.Não sabe o que é feito no CMS.</p> <p>.Não sente vontade de participar do CMS.</p> <p>.Justifica a falta de entrosamento como Sindhosp pela falta de tempo e excesso de trabalho.</p> <p>.A relação Estado/hospital não se alterou após a instalação do CMS.</p> |
| SUS | <p>O SUS representa “algum recebimento financeiro” pelos casos de emergência realizados em pessoas sem recursos.</p> <p>.Para não haver casos de omissão de socorro o atendimento pelo SUS se faz necessário. Ajuda a manter uma boa imagem institucional junto à comunidade.</p> |
| Usuário | <p>.O usuário é tido como elemento que exige melhorias, mas sem reconhecer os fatores limitantes.</p> <p>.Tem no usuário um complicador na relação Estado/hospital.</p> |

Referências Bibliográficas

103

1. BENEVIDES, Maria Victória de M. *A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular*. São Paulo: Ed. Ática, 1996. 2ª ed. 208 p.
2. BOBBIO, Norberto. *Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1987. 3ª ed. 173 p.
3. BOUTET, Josiane. La question de l'interprétation en linguistique. In: DEJOURS, C. (Org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, 1987, p .
4. BRAGA, J. C. de Souza, PAULA, S. Góes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Ed. Cebes - Hucitec, 1981. 226p.
5. BRASIL, Constituição: República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988, Brasília: Centro Gráfico do Senado, 292 p.
6. CAMPOS, G. W. de Sousa. Rede básica de serviços de saúde: médicos e sua representações sobre o serviço. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, nº 26 (1), p. 34-40, 1992.
7. _____. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992, 220p.
8. CANESQUI, Ana Maria (Org). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec - Abrasco, 1997. 287 p.
9. CARDOSO, Fernando Henrique. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1975, 240 p.
10. CARVALHO G. Ivan de. O Poder Público na área de saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 35, julho 1992, p. 11-14.
11. COHN, Amélia. Saúde e cidadania : análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996, cap. 15, p. 315 - 27.

12. CORDEIRO, Hésio. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984. 175 p.
13. DALLARI, Sueli G. *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995, 133 p.
14. ELIAS, Paulo E. Análise sobre a Reforma Sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, nº 2 (1), p.59-73, 1993.
15. EMPLASA. *Sumário de dados da Grande São Paulo, 1994*. São Paulo: Emplasa, 1995, 257 p
16. FRANÇA, S. Barbosa. A assistência médico-hospitalar no Brasil. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 44, p. 29 - 37, outubro / dezembro 1992.
17. GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo para a Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. 203 p.
18. KEINERT, T. M. Mezzomo. Política de saúde, inovação e o Plano e Atendimento à Saúde de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, nº 3, v. 37, p. 78-85, julho/setembro 1997.
19. LEITE, Márcia S. P. Políticas sociais e cidadania. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol 1 (1), p. 117 - 131, 1991.
20. LUZ, M. Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos oitenta. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, vol. 1, nº 1, p. 77 - 95, 1991.
21. MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 220 p.
22. MARTINS, Luciano. *Estado capitalista no Brasil pós-64*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1985. 265 p.

23. MELO, M. André B. C. de. Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e reforma das políticas sociais na Nova República. *Revista de Ciências Sociais*, São Paulo, vol. 36, nº 1, 1993, p. 119 - 163.
24. MENDES, Eugênio Vilaça et al (Orgs.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec - Abrasco, 1994. 2ª ed. 310 p.
25. MINAYO, M. Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec - Abrasco, 1993, 2ª ed. 269 p.
26. MOISÉS, José A. *Os brasileiros e a democracia: bases sócio-políticas da legitimidade democrática*. São Paulo: Ed. Ática, 1995. 301 p.
27. MONTERO, Maritza. Estratégias discursivas ideológicas. In: LANE, S. T. M, SAWAIA, B. B. *Novas veredas da Psicologia Social*. São Paulo: Educ, 1995, cap. 6, p. 83 - 96.
28. O'DONNELL, Guillermo, SCHMITTER, Philippe C. *Transições do regime autoritário: primeiras conclusões*. Trad. Adail V. Sobral e Nanci Valadares. São Paulo: Ed. Vértice. 127 p.
29. OLIVEIRA, J. A., TEIXEIRA, S. M. Fleury. *(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1989. 2ª ed. 356 p.
30. POULANTZAS, Nico. *Poder político y classes sociales en el estado capitalista*. México: XXI Siglo Ed., 1969. 294 p.
31. RAMOS, C. L. Conselhos de Saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, p. 329 - 44.
32. SANTOS, L., CARVALHO, G. I. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 34, p. 60 - 66.

33. SÃO PAULO (Estado). Lei complementar nº 791, de 9 de março de 1995. Estabelece o Código de Saúde no Estado. *Diário Oficial de São Paulo*, São Paulo, v. 105, nº 47, 10 de março de 1995.
34. SÃO PAULO (Município). Lei fundamental do Município de São Paulo, de 4 de abril de 1990. São Paulo: Gráfica Municipal, 1990, 121p.
35. SILVEIRA, P. H. A ética, o decoro e o PAS. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 2 fev. 1996, Tendência, p A3.
36. TANAKA, Oswaldo Y. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 26 (3), p. 185 - 94, 1992.
37. VIANNA, S. Magalhães. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 35, p. 35-38, julho 1992.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABRASCO e CEBES. Saúde é qualidade de vida: contribuição do CEBES e ABRASCO para os debates da IX Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro / Brasília, nº 36, p. 07-18, junho 1992.
- BARROS, Elizabeth. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 1, nº 1, p. 05-17, 1996.
- CARVALHO, Guido Ivan de. Da gratuidade das ações e dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 39, p.35-40, junho 1993.
- DEMO, Pedro. *Introdução à metodologia da ciência*. São Paulo: Ed. Atlas, 2ª ed., 1987, 118 p.
- DIAS, H. Pereira. *A responsabilidade pela saúde: aspectos jurídicos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995, 69 p.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 12^a ed., 1995, 168 p.

MEGALE, J. Francisco. *Introdução às ciências sociais* : roteiro de estudo. São Paulo: Ed. Atlas, 2^a ed., 1990, 213p.

MEHRY, E. Elias. *A saúde pública como política* : um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992, 205 p.

MULLER NETO, Júlio S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 31, p. 54-66, 1991.

PINHEIRO, J. Mendes. O SUS e o desafio neo-corporativo. *Saúde em Debate*, São Paulo, nº 44, p. 4-8, setembro 1994.

RIBEIRO, Herval Pina. *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Ed. Cortez, 1993, 135 p.

SANTANA, J. Eduardo. *Democracia e cidadania*: o referendo como instrumento de participação política. Belo Horizonte: Ed. Del Rey, 1995, 170 p.

SANTOS, Lenir. Análise do modelo padrão e contrato de prestação de serviço médico-hospitalar apresentado pelo Inamps. *Saúde em Debate*. São Paulo, nº 32, abril 1992, p. 05-09.