

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. PARA QUE?

EMERSON ELIAS MERHY - AGOSTO DE 1998
PROF. DMPS/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO/RESUMO

Este texto é composto em parte pelo texto “Organizações Sociais: autonomia de quem e para que?”, escrito em conjunto com Wanderley Silva Bueno em junho de 1998, e em parte pela minha fala na Câmara Municipal de São Paulo no debate sobre as OS. Para tanto, selecionei vários trechos com o intuito de mostrar que a discussão deve ser feita levando-se em consideração o conjunto das propostas do governo federal para a saúde, expressas nos 3 projetos: a NOB-96, a lei de regulamentação dos planos e a regulamentação das Organizações Sociais, que do meu ponto de vista mostram de um lado uma coerência interna enquanto intenção de reforma do setor saúde, e de um outro uma “colagem” no imaginário dos projetos de reforma que o bloco neoliberal tem colocado para o “terceiro” mundo, como receituário para desenhar o seu futuro. Procuro mostrar como a proposta das Organizações Sociais está casada com este processo, perguntando inclusive sobre que modernização gerencial é esta que o governo fala, e porque a mesma só pode ser atingida via mercado e privatização?

Antes de tudo, vale assinalar que entendo que hoje vivemos um processo de hegemonia do imaginário neoliberal e de seu receituário para a reforma da sociedade que tem sido expresso na pouca capacidade de olhar a crise social por outros ângulos, e mesmo de pensar alternativas de mudanças de modo diferenciado do que tem predominado. Entendo que a própria “embarcada” da esquerda brasileira no discurso do PSF tem sido expressão desta fase de vacas magras do pensamento transformador, pois compreendo que este programa opera com um imaginário profundamente conservador, como por exemplo, a família como núcleo da organização social e foco das práticas, ou mesmo a cidadania reduzida ao acesso a “pacotes mínimos” de tecnologias de saúde.

Nesta direção insisto sobre a necessidade de reconhecemos este processo para podermos encarar de modo real a tarefa de disputar esta hegemonia de modo efetivamente anti-hegemônico, crendo que uma análise mais crítica das OS, pode ajudar nesta direção.

O DEBATE DA CRISE E AS PROPOSTAS DE REFORMAS DO GOVERNO FEDERAL

Os debates que têm sido travados em torno do sistema público, são bem reveladores dos imaginários que hoje estão presentes no conjunto dos atores sociais implicados nos processos de reforma das relações entre o estado e a sociedade, no campo das políticas de saúde, e podem nos mostrar com minúcias o modo como neles operam certos

conceitos tomados da discussão central entre estratégias privatistas e mercado centradas ou publicistas e cidadania centrada, para o campo da saúde. Permitindo a revelação da própria penetrabilidade de propostas como as médico-santiniárias ou as da atenção gerenciada, no interior das formulações do conjunto destes atores.

A NOB-96 e algumas interrogações

Desde a conformação do SUS que o Ministério da Saúde vem se utilizando de normas operacionais básicas como verdadeiros mecanismos de regulamentação do setor. A instituição das Normas Operacionais Básicas como instrumentos reguladores nas suas várias versões tem sido bem variada. A NOB/91 apresenta importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica, quando não consegue regulamentar o seu artigo 35 que advogava medidas epidemiológicas e populacionais globais como critérios para o financiamento das políticas locais. A NOB de 1993 - respaldada pelo movimento sanitário, que resistia às deformações dos princípios originais e que se uniu em torno do documento "A Ousadia de Cumprir a Lei" - tenta recuperar aquelas prerrogativas, adotando como questão central a municipalização dos serviços e estabelecendo suas situações transitórias de gestão.

A NOB de 1996 procura operacionalizar o sistema e, na sua última versão, apresenta alguns avanços significativos, tanto nas relações entre os diferentes níveis governamentais de gestão quanto na política de financiamento do SUS, ao definir mais claramente os papéis de cada esfera de governo nos processos gerenciais e o aumento das transferências financeiras diretas, de fundo de saúde para fundo. No entanto, contém alguns equívocos no seu processo de construção, que podem retardar efetivos avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial, que privilegia a vida e a construção da cidadania. No seu texto, aparecem algumas propostas contraditórias, como por exemplo, ao mesmo tempo que aponta as relações de independência do município como gestor pleno do sistema, coloca projetos de incentivos de financiamentos das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região, e dentro de certas modalidades assistenciais específicas, como o programa de saúde da família.

É interessante observar nesta NOB as suas propostas para a gestão do sistema e para a construção de um novo paradigma médico e sanitário, a ser operado pelos gestores municipais. Admite duas tipologias de gestão - a plena do sistema e a plena da atenção básica - que permitem a criação de dois subsistemas de saúde, o que poderá provocar um retrocedimento quanto ao princípio do sistema único. Possivelmente, há nisto, uma ação preparatória e sincrônica com o projeto de reforma proposto pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), de criação das OS, para gerir grandes

estabelecimentos públicos, como hospitais. Isto fica claro quando se prevê que os hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal.

Nesta direção de autonomizar os hospitais estatais, o essencial é a clara separação dos hospitais que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar de cada município, do Subsistema de Distritos de Saúde desse mesmo município. Caberá ao Subsistema de Distritos de Saúde credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais, os quais, competirão, em termos de qualidade e custo dos serviços, com os hospitais públicos não estatais e mesmo com os hospitais privados. A norma operacional, além disso, discute e normaliza sobre questões interessantes quanto ao modo de se produzir saúde, e nisto tem uma marca positiva por apontar para a idéia de que qualquer reforma de fundo do sistema tem que atingir os seus processos produtivos. Mas, os princípios que assume são duvidosos como propostas eficazes para imprimir a construção de um novo modelo de atenção universal e igualitário, que consagre a saúde como direito, comprometendo-se com certas modalidades assistenciais, impressas nos projetos de certas agências internacionais como, por exemplo, a da cesta básica do Banco Mundial.

De fato cria um “pacote básico”, financiado com recursos do Piso Assistencial Básico - PAB, que poderá ser acrescido de mais recursos como incentivo, por implementar certos programas como por exemplo o Programa de Saúde da Família -PSF - e o dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS -, que visariam instituir um cardápio mínimo a ser operado pelos gestores pleno de rede básica, para o conjunto dos cidadãos mínimos, dando a liberdade do mercado para o setor privado, ou público privatizado, crescer na ausência do público, como prestador de assistência hospitalar e especializada.

Fere a autonomia de gestão dos municípios ao assumir claramente posição pelos modelos da ação programática e vigilância à saúde, privilegiando no financiamento os municípios que desenvolverem os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde. Assume em seu item 9- “Bases para um novo modelo de atenção à saúde”, que “o enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais”, sendo portanto o método de escolha “para a realização da intervenção necessária...”, correndo o risco de transformar o saber epidemiológico, cientificamente estruturado, em um exclusivo sujeito real do processo de mudança na produção dos atos de saúde, propondo que “o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual... pela incorporação ao modelo clínico dominante (centrado na

doença) do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes”, apostando que esta “contaminação” epidemiológica da clínica é o modo de operar a construção de um novo paradigma de produção das ações de saúde.

Critica o modelo clínico pela sua “relação individualizada entre o profissional e o paciente, pela intervenção terapêutica armada específica”, e propõe “um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com seus núcleos sociais primários - as famílias”. Critica ainda o modelo clínico pelo fato do mesmo se “basear, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção” e propõe “a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual... e a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde”.

Estas posições são passíveis de um intenso debate, pois não dão conta da questão em pauta. O debate sobre a produção de novos paradigmas tem mostrado que o processo não é tão simples assim. A contraposição do modelo clínico ao modelo epidemiológico, é uma falsa questão, inclusive bem maniqueísta, além de considerar que o modelo clínico é em si o mal, sem possibilidades de ser pensado a partir de uma nova ética do compromisso, a não ser pela presença da epidemiologia, que seria o terreno do bem.

É necessário compreender que a clínica e a epidemiologia são, sempre foram, e sempre serão, instrumentos complementares da assistência. A clínica se utiliza da epidemiologia para construção de sua abordagem e a epidemiologia se utiliza da clínica no mesmo sentido. E que as formatações que estes campos comportam são de tal ordem, que podem gerar desde modelos de atenção altamente burocratizados e excludentes epidemiologicamente centrados, quanto modelos que só visam a produção de procedimentos médicos clinicamente centrados. O debate central sobre a natureza das necessidades em saúde não é resolvido pela opção por um dos modelos. Incorporar o mundo das necessidades de saúde pela ótica dos usuários é entender que o mesmo é operado no campo dos valores de uso, e qualquer que seja o conjunto de saberes tecnológicos a constituir as intervenções em saúde, o mesmo terá que agir a partir daquele pressuposto, ou correrá o risco de tornar as necessidades “fetiches” das tecnologias, clínicas e/ou epidemiológicas.

Para consagrar seu receituário tecno-assistencial, a NOB, propõe a materialização do vínculo entre cliente e profissional, através da instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, que poderá seguramente ser utilizada como forma de barrar o acesso do cidadão aos serviços, com a instalação de “porteiros”, só se prestando assistência nas redes locais

aos seus municípios, como se o direito de cidadania fosse restrito a este território. Ao mesmo tempo que poderia estabelecer uma base populacional para o cálculo de uma “cesta básica”, impondo mais do que um parâmetro epidemiológico positivo para organizar processos de intervenção e de repasse, ao adotar objetivamente os mecanismos restritivos e focais de segmentação da atenção à saúde, como seus ordenadores.

Não fica claro porque não assume que a produção do vínculo e a responsabilização entre trabalhador e usuário não deva ocorrer em todas as instâncias do sistema de saúde, e porque os mesmos passam a ser prerrogativas de programas específicos. Todos os trabalhadores de saúde são igualmente competentes para produzirem acolhimentos, vínculos e responsabilizações, em qualquer ponto dos processos produtivos em saúde, e que isto deveria ser tanto um lema do sistema de saúde, quanto um item básico para o seu financiamento em qualquer nível de incorporação tecnológica que o sistema se encontrasse.

Por isso, há algo mais nesta proposta do que só realizar uma crítica do modelo médico centrado, o que vai ficando mais claro ao se analisar as outras propostas que completam a NOB-96, como projetos de reforma do sistema de saúde como um todo. A análise das OS traz um pouco de luz neste debate, pois implicam em propostas que vão além do setor saúde, estando intimamente articuladas com grandes estratégias de desmonte de um estado comprometido com uma sociedade mais cidadã.

As Organizações Sociais reforçam as nossas dúvidas

Este projeto, do governo federal, nasce como parte do corpo das propostas de reformas organizacionais do estado brasileiro, proposto pelo MARE. Em outubro de 1997, é imposto como possibilidade por uma Medida Provisória, que serve para propostas que vão além do setor saúde. A Medida Provisória nº 1591, de 7 de outubro de 1997, cria as OS propondo a transformação de estabelecimentos públicos em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, sob a forma de fundações ou associação civil, que na sua gestão, podem: contratar pessoal sem concurso público e conforme as regras do mercado de trabalho, adotar normas próprias para compras e contratos, receber dotação de recursos orçamentários do governo através dos contratos de gestão e ser dirigidas por um conselho de administração ou curador com 20% a 40% do poder público, de 20% a 40% da sociedade civil, 20% a 40% eleitos pelos demais integrantes e 10% indicados ou eleitos.

São produzidas no contexto de uma reforma de um estado que é analisado como “antigo” - e que, como tal, expressa uma lógica ineficaz, custosa e injusta, por ser uma organização gigantesca, não governável - para o qual criam-se estratégias de modernização, afirmando-se, no âmbito dos agentes internacionais associados aos países capitalistas mais hegemônicos, em particular os Estados Unidos, a imagem de que

só uma intervenção estratégica na sua modernização gerencial é que pode transformá-lo positivamente.

Esta perspectiva de modernização é acompanhada de um conjunto de outras imagens que a associam com ações que construam organizações quase-inteligentes¹, por atuarem sempre otimizando seus custos, produzindo sempre o melhor produto, e respeitando de modo sempre ótimo os seus clientes, e isto devido a sua capacidade de captar recursos financeiros e usuários em um mercado competidor. Neste contexto, a proposta das OS vem no bojo de um projeto que procura criar organismos considerados mais ágeis que os da administração direta do estado, e para tanto devem ser geridos por organismos privados e se pautarem pela lógica de regulação do mercado, para cumprir seus fins sociais.

Como mecanismos a expressarem esta modernidade no interior das OS, aprova-se regras para a contratação e gestão de pessoal que permitam descolar os estabelecimentos das regras de ação consagradas para os trabalhadores do setor público, que historicamente são portadores de grandes conquistas trabalhistas, impondo certas regulamentações para o mercado de trabalho, vistos como mecanismos atrasados de gestão de recursos humanos. Dentre os novos mecanismos propostos estão normativas como: contratar pessoal sem concurso público seguindo as normas da CLT; adoção de normas próprias para compras e contratos; dotação orçamentária regrada por contratos de gestão; direção a ser feita por conselho administrativo ou curador.

Nesta proposta do governo federal, também aprovada pelo Legislativo brasileiro quando da constituição das novas regras administrativas para a estruturação do organismo do setor estatal, aparentemente há argumentos interessantes a serem contemplados, se tomados isoladamente, como é o caso da criação de equipamentos sociais mais autônomos que respondam pelo que podem cumprir em termos de missão institucional. Mas, a coisa muda de figura quando esta proposta é vista à luz de toda a política de reforma do governo, que vem se expressando no conjunto dos projetos para as áreas da saúde, previdência, organização burocrática do estado, etc., - inspirados em um ideário que entende que a crise atual é prioritariamente de déficit público, e apontando como alternativa a constituição de um estado mínimo, como se fosse o estado necessário, de pisos de direitos, e compreendendo que o melhor mecanismo para isso é a transferência para o setor privado o papel de fornecedor de serviços sociais que fabricariam as escadas de direitos, para subirem do piso.

Conforme o que pode ser observado abaixo, uma das leituras possíveis sobre as OS é de que esta proposta apresenta um sinergismo com o projeto anterior, o da NOB-96, no que se refere a intenção de se

1 ver neste particular Merhy, E.E. - Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, in Merhy, E.E. e Onocko, R. - Agir em Saúde, Hucitec, São Paulo, 1997.

apostar em uma reforma das instituições no setor saúde, na área pública, no Brasil, que toma a construção de um cenário de competitividade entre os estabelecimentos públicos de saúde por fundos financeiros e por clientelas, como um caminho de produção de agilidade gerencial e conquista de patamares de qualidade na assistência à saúde.

Em sua palestra no Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires, Outubro de 1995, o ministro do MARE, Luiz Carlos Bresser Pereira, tratando do tema da CRIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS, a propósito da REFORMA ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE, resumiu sua intervenção afirmando:

“Este relatório apresenta uma proposta de reforma administrativa do sistema de saúde, particularmente na parte que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar, baseando-se na maioria das atuais reformas dos serviços de saúde nos países desenvolvidos que postulam a descentralização para entidades regionais e a formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os supridores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados. O texto supõe a necessidade de se viabilizar alguns dos pontos já propostos pelo SUS, bem como a efetiva separação entre o sistema de demandas e o de ofertas dos serviços de saúde.”

No corpo do relatório, ao explicar sobre a situação brasileira e o sentido da reforma do sistema de saúde, apontava:

“Conforme observa precisamente um documento básico do Ministério da Saúde (1993), o SUS tem como objetivo a saúde como um todo, definida não apenas pela medicina curativa, mas a saúde entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania, que começa a ser garantida pelos serviços preventivos de vigilância sanitária, e se completa pela efetiva proteção da saúde de cada cidadão. Neste relatório faremos uma proposta de reforma administrativa do sistema de saúde, particularmente na parte que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar. {...}

*Por outro lado, os pressupostos da reforma são cinco. Primeiro, pressupõe-se que a descentralização **permite um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados localmente. Segundo, que a descentralização acompanhada de controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço torna-se duplamente efetiva. Terceiro, que a separação clara entre a demanda e a oferta de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada altamente saudável. Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais** evitará uma grande quantidade de internações hospitalares inúteis. Quinto, que, **a partir da efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde nos***

hospitais passará a ter caráter complementar à auditoria permanente realizada a nível municipal, onde, de resto há muito mais fiscalização e participação comunitária. {...}

O problema fundamental enfrentado pela medicina ambulatorial e hospitalar é o da baixa qualidade dos serviços. Estes não estão disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade minimamente desejável. O cidadão é obrigado a filas imensas e a um atendimento sempre precário. Não é por outra razão que os sistemas privados de medicina em grupo - os convênios - floresceram, financiados não apenas individualmente, mas principalmente pelas empresas. A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não realiza os objetivos a que foi proposto. Na prática não é universal, não garante a equidade, é muito limitadamente descentralizado, e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos estados e dos municípios. Além disso, favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e eficiente. {...}

Já a idéia da separação entre demanda e oferta não foi ainda discutida. Esta é uma proposta que viabiliza a implementação do SUS, ao tornar muito mais rápida e efetiva a descentralização, na medida em que concentra a atenção sobre a demanda ou compra de serviços de saúde hospitalares por parte do Estado, em nome da população. A oferta de serviços hospitalares é estimulada e parcialmente controlada através da demanda. Além disso, torna-se possível promover uma forma de **competição administrada** entre os hospitais, que facilitará o seu controle pelas autoridades de saúde do SUS. {...}

O que se está procurando, através desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma parte fundamental do mesmo - e certamente a mais cara: a assistência hospitalar. A metodologia de gestão operacional e administrativa proposta tem as seguintes características básicas:

(1) clara separação entre demanda de serviços de saúde, constituída por um Sistema Nacional de Demanda de Serviços de Saúde, abrangendo as esferas federal, estadual e municipal, e oferta de serviços de saúde, constituída pelos hospitais públicos estatais (de caráter federal, estadual ou municipal), os hospitais públicos não-estatais (hospitais públicos filantrópicos como as Santas Casas e as Beneficências), hospitais privados;

(2) aprofundamento da atual política do Ministério da Saúde, de descentralização e municipalização, de forma que a responsabilidade direta pela saúde dos residentes em cada município seja do Conselho Municipal de Saúde e do Prefeito;

(3) aproveitamento de todas as economias realizadas pelos municípios na assistência médica para utilização adicional nas ações de medicina sanitária. {...}

Caberá à autoridade municipal do Sistema de Demanda credenciar os hospitais, negociar com eles as condições do serviços e eventuais pagamentos suplementares com recursos do próprio município, encaminhar aos hospitais credenciados os pacientes, aprovar as contas correspondentes às AIHs enviadas, debitá-las à verba mensal, e encaminhá-las por via eletrônica à Secretaria Central do Sistema de Demanda, em Brasília, que, através do Banco do Brasil, autorizará imediatamente o pagamento ao hospital, respeitados os limites de dotação mensal do município. Caso o limite tenha sido ultrapassado, caberá à autoridade municipal do Sistema de Demanda solicitar à autoridade estadual suplementação emergencial. {...}

Em cada nível da federação haverá uma autoridade responsável pelos hospitais públicos e mais amplamente, pela oferta de serviços hospitalares (que não poderá ser a autoridade do Sistema de Demanda). Os hospitais públicos deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou sejam, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. Esta "publicização" dos hospitais estatais, entretanto, não faz parte integrante da reforma administrativa ora proposta. O que é essencial para ela é simplesmente a clara separação dos hospitais estatais - que fazem parte do da oferta de serviços hospitalares -, do Sistema de Demanda, de forma que caiba a este credenciar e contratar os serviços dos hospitais estatais, que competirão com os hospitais públicos não-estatais e mesmo com os hospitais privado em termos de qualidade e custo dos serviços. {...}

Naturalmente, os hospitais universitários e os hospitais que tenham um papel relevante na pesquisa médica deverão continuar a ter prioridade por parte do Estado, e, portanto, deverão receber, como organizações sociais, dotações orçamentarias, além das receitas provenientes dos serviços contratados pelo Sistema de Demanda do SUS.

Concluindo:

Ao privilegiar a descentralização, o Governo Federal se alinhará com as mais modernas tendências de gestão do Estado, reconhecendo e valorizando o papel dos governos locais na provisão dos serviços públicos essenciais, com maior racionalidade e controle operacional e social. Ao privilegiar a qualidade do atendimento ao cidadão, o Governo Federal se alinhará com as mais modernas técnicas de gestão, valorizando a competição e a busca por resultados, com foco central no cidadão. Ao privilegiar a compra ou demanda de serviços de saúde, o Governo Federal reduzirá os custos operacionais do SUS, otimizando sua gestão operacional e administrativa. Ao garantir que as economias realizadas pelos municípios sejam canalizadas para sua própria medicina sanitária, o Governo Federal estará reconhecendo a prioridade desses

gastos em um país pobre como o Brasil, onde os ganhos com ações de saúde preventivas são ainda enormes.”

Mais claro que isto é praticamente impossível no sentido de expressar com nitidez a intencionalidade de se desmontar uma certa lógica de estado e construir uma outra, que se inspira no atual receituário para a área da saúde das agências internacionais para o terceiro mundo, baseado na modelagem da ação social do estado que vem sendo impressa nos EUA e em países como a Inglaterra, que tem procurado desmontar sua lógica social-democrata.

Os cinco fundamentos da reforma não deixam dúvidas, o ideário a guiar o projeto é do mesmo teor que o da Atenção Gerenciada, só que em vez do capital financeiro a comandar a lógica de competição entre prestadores, atua o estado com sua lógica de financiamento e capacidade de controle. Acopla-se a isto um modelo de atenção hierarquizado a partir do clínico geral, reforçando-se uma ótica exclusiva dos problemas de saúde, e desprezando-se a necessária interdisciplinariedade e multiprofissionalidade da produção dos atos de saúde, e mesmo o aproveitamento desta base assistencial do clínico geral para construir um sistema mais horizontalizado.

Agrega-se a isto a ruptura com a lógica operacional do SUS, criando-se canal direto entre prestadores e gestor federal e dotando-se este de poder para impor a cara do modelo assistencial, a operar no conjunto das redes de saúde. A aposta na competição via mercado para a captação de recursos financeiros, e na privatização dos interesses dos gestores como fator de qualificação, a nível de cada estabelecimento de saúde, quebra as lógicas da universalidade e integralidade do sistema.

SÍNTESE DO CENÁRIO FUTURO DESEJADO POR ESTE ATOR DIRIGENTE DO GOVERNO FEDERAL

A imagem de futuro deste ator tem uma intersecção muito definida com o ideário neoliberal expresso por algumas agências internacionais, como o Banco Mundial, nas suas propostas para o “terceiro mundo” corrigir seus “defeitos” nas suas organizações da sociedade, e com aquele expresso nas propostas da AG apregoada pelas grandes seguradoras implicadas com o setor saúde, particularmente nos EUA. No cenário idealizado por este ator, teremos dois sub-sistemas básicos: o público e o privado suplementar.

O público, em sua imagem futura para o SUS, será contituído por uma extensa rede estatal de ações básicas de serviços efetivadas em dois locus centrais: as unidades básicas de saúde municipais e os programas específicos tipo PSF e PACS, que se articulará com um ampla rede formada por estabelecimentos de natureza privada ou estatal privatizada (as OS) que irão compor a retaguarda do sistema para fornecer serviços diagnósticos e terapêuticos, ambulatoriais e hospitalares, e de urgências e emergências, que implicam em investimentos mais especializados e de custos mais relevantes.

Os setores estatais governamentais serão centralmente reguladores e financiadores deste sistema, com ênfase especial ao setor municipal como gestor local chave das regulações implicadas nas redes locais, ao mesmo tempo que atuará como um prestador central de “pacote mínimo e universal de ações de saúde”, através da oferta de uma “cesta básica de serviços”, definida na linha das definições da NOB-96 com as categorias de “gestor pleno de rede básica ou de sistema” e com a proposta do PAB. O nível estadual estará fortemente implicado na regulação e financiamento, bem como o federal, mas terá um papel complementar aos municípios que não tenham capacidade gestora sobre estabelecimentos de alta complexidade, que serão em regra privados ou OS.

Para o desenho estar plenamente respaldado nas normas e leis, só falta a aprovação do projeto que define a fração orçamentária que cada esfera de governo deverá colocar no setor saúde, que segundo o atual ministro da saúde deveria ser em torno de 10% a 15%, nos municípios, e de 10% nos estados e federação. Este projeto encontra-se hoje em regime de votação no Congresso². O resto do arcabouço legal já está aprovado e regulado pelo governo federal.

A relação dos gestores com o setor privado ou privatizado deverá ser feita dentro do espírito das regras que foram normatizadas para a construção da OS, destacando no seu interior as seguintes lógicas de funcionamento (com um imaginário bem semelhante ao da AG):

1. a produção de um contrato de gestão para a relação entre o gestor governamental e o estabelecimento prestador de serviços sobre o financiamento e os serviços a serem realizados;
2. por parte do serviço o contratado é o tipo de um grupo diretivo representativo de uma empresa fundacional ou sociedade anônima;
3. este grupo receberá o financiamento do gestor e deverá contratar grupos de prestadores para fazerem os serviços consagrados nos contratos de gestão;
4. estes prestadores é que se relacionam com os usuários e cumprem metas-resultados. Seus pagamentos serão por salários e gratificações por resultados.

A rede a ser construída será então baseada em um forte setor privatizado, operacionalmente regido por lógicas de mercado no que se refere a sua possibilidade de financiamento e de produção de contratos de gestão, e em alguns casos com uma conexão parcial com o gestor local municipal, pois está previsto um papel relevante das esferas federais sobre o uso da moeda central deste nível de relações, as AIHs, bem como a natureza especial das relações de certos estabelecimentos, enquanto centros de excelências. Os conselhos gestores loco-regionais,

² esta discussão constitui-se em um capítulo por si só, pois no interior da mesma é possível ver uma disputa entre vários setores em torno da conformação das regras sobre o sistema de saúde. Em particular destacamos o debate a partir da PEC proposta pelo deputado federal Eduardo Jorge e o seu caminhar.

a não ser os gestores plenos de sistemas, estarão sempre em pendência com os estaduais e federal para decidirem sobre os contratos de gestão e sobre o pagamento.

Estas OS estatais privatizadas poderão operar como prestadoras de outros financiadores que não o sistema público, ou seja, estabelecer contratos com financiadores do setor privado vinculados aos planos de saúde ou seguros saúde. Aliás, uma das imagens do bloco dirigente atual é o de uma grande liberação dos fundos da previdência e da saúde, da sua vinculação estatal pública, para uma estatal privatizada e mesmo para um setor plenamente privatizado, ficando para o estado o papel de prestador complementar, garantidor de uma cidadania piso, mínima.

Por isso, com grande força neste cenário futuro aparece acoplada a esta rede “pública” um outro sub-sistema, o privado suplementar, que além de cumprir o papel que hoje executa de cobrir com planos ou seguros de saúde, 40 milhões de brasileiros, poderá ampliar a extensão de suas ações devido a privatização mais plena do setor da seguridade. Proposta ainda não respaldada em nenhuma regra mais definida, pois o atual bloco dirigente coloca isto como meta para a segunda fase de seu governo, com a desejada re-eleição.

Por enquanto, nas novas regras aprovadas sobre a lei de regulamentação dos planos e seguros de saúde, o que se pode ver é um setor suplementar, financiado prioritariamente pelas empresas, com uma assistência básica significativa centrada na noção de médico de família, ou clínico geral, que atua para diminuir o risco do adoecer como um sinistro, acoplada a uma estratégia de serviços não hospitalares, visando um controle dos custos e um barateamento do sistema, e que cada vez mais se dirige para uma população sadia ou com razoável controle sobre as ações mais complexas, expulsando os crônicos e enfermos custosos, para serem atendidos pela rede pública.

Neste grupo a AG é um imaginário que vem se consagrando, sendo adotada há alguns anos por alguns grupos de seguros, ao mesmo tempo que no momento atual vem sendo foco de um debate muito interessante entre os setores privatistas, médico corporativos versus os empresariais dos planos e seguros. Neste debate, evidencia-se uma crítica ao modelo médico centrado na produção de procedimentos, devido ao seu alto custo, o que ordena tanto o imaginário do bloco dirigente, quanto os empresários da saúde.

Quanto a AG destaca-se que a mesma propõe que os atores internos, definidores e centrais do setor saúde: os financiadores, os administradores, os prestadores e os usuários, atuem de modo organizativo separados e com lógicas de regulações um sobre o outro, que imitam a imagem da “mão invisível do mercado”, e no qual apostam como fator de controle da qualidade e da eficiência do sistema.

ema atores internos	sist	público SUS	privado suplementar
financiadores		fundos estatais de saúde com percentuais definidos	principalmente empresas pessoas
administradores		prefeituras direção de fundações privadas	empresas de planos empresas de seguros
prestadores		funcionários trabalhadores contratados médicos contratados	médicos contratados como clínicos gerais, com clientela definidas
usuários		atuando de forma representativa nos conselhos como consumidores	como consumidores inteligentes

O que este modelo expõe é, mesmo que não haja total igualdade dos termos, muito semelhante ao ideário da AG no desenhar o atual modelo de atenção do sistema de saúde e no compreender seus mecanismos de funcionamento.

De uma forma bem rápida, é curioso verificar que há tanto na NOB-96 a presença deste debate, quanto nas manifestações dos representantes das frações do movimento sanitário, bem como nos vários setores vinculados aos seguros de saúde. Porém, o que não há, e particularmente para algumas frações do movimento sanitário, é o mesmo nível de adesão que dos outros setores ao conteúdo central desta discussão. Pois a crítica ao modelo médico centrado na produção de procedimentos nas frações mais coerentes do movimento sanitário não está governada pelo debate do custo monetário deste modelo, mas pela sua inadequabilidade para dar conta de um setor saúde comprometido com a cidadania plena, que busca a autonomia dos usuários, em uma ótica universalista e equânime. O que só pode ser realizado de modo multidisciplinar, multiprofissional, em uma rede centralmente pública e publicizada.

Para se perceber a gravidade da situação, pode-se na sequência desta análise mostrar as relações íntimas que há entre o projeto da AG - fabricada exatamente no interior dos grupos do poderoso sistema financeiro americano vinculado às seguradoras de saúde, com a finalidade de disputar fatias de capital com o modelo corporativo médico hegemônico - e o projeto que o governo atual procura implantar no Brasil, hegemônico pelo mesmo imaginário neoliberal de ambição globalizante. Com o quadro abaixo, descreve-se algumas idéias básicas que compõem o imaginário da AG, aliás bem coincidente com as do Banco Mundial.

A AG, que nasce na disputa pela direção da reforma do sistema americano de saúde, efetivada de um lado pelos grupos vinculados ao modelo médico hegemônico e de outro pelos articulados ao capital financeiro atuante junto as seguradoras de saúde, propõe as seguintes questões:

- a) uma forte atuação de um setor administrativo que controle os processos micro-decisórios da prática clínica, considerados como responsáveis, em última instância, pelo padrão de incorporação tecnológica dos modelos de atenção à saúde. Apontando com isso, a necessidade de superação do atual modelo “flexneriano” de prática médica, através da construção de mecanismos organizacionais que ao controlarem a autonomia da ação clínica no momento de impor uma linha de intervenção médica, possibilita a junção baixo custo e qualidade;
- b) a constituição em separado das figuras dos administradores, das dos prestadores, para intermediar os interesses dos financiadores e dos consumidores, com uma busca de uma combinação entre baixar os custos e aumentar a satisfação;
- c) centrar a intervenção a partir de um “pacote de ações básicas”, que visa dar maior eficácia às intervenções sobre um certo “padrão de adoecer” de uma determinada população alvo que, assim, ao ter seu nível de saúde controlado e mantido, consumiriam “atos médicos” mais baratos, e sofreriam menos o sinistro “adoecimento”;
- d) para otimizar esta possibilidade seria necessária a “focalização” destas intervenções em grupos específicos de consumidores, que permitiria um controle empresarial mais efetivo sobre custo e qualidade das ações;
- e) a construção de uma competição entre os prestadores, mediada pelos administradores, captadores de financiamentos, imprimiria maior qualidade no sistema;

Como se vê, tudo leva a crer que as coincidências não são aparentes.

Reproduzem-se, no cenário atual, de alguma maneira os confrontos entre os defensores do estado mínimo, que procuram impor a lógica privada e de mercado e a des-regulamentação da ação estatal, e os que advogam a organização social das sociedades capitalistas dentro da ótica do estado do bem-estar social, que aposta em uma ação mais efetiva do estado na garantia dos direitos sociais como direitos de cidadania e dever dos estado.

Neste final de milênio há efetivamente uma hegemonização do primeiro grupo, consagrado pelo já citado Consenso de Washington, e presente no imaginário dos principais grupos atuantes no interior do governo federal brasileiro, hoje.

A AG E AS POSSÍVEIS SEMELHANÇAS DE SUAS APOSTAS NA MUDANÇA DO SETOR SAÚDE COM O IDEÁRIO DAS OS

O conjunto das diretrizes da AG tem olhado para a crise da saúde e tem feito uma aposta no sentido de que é possível combinar uma tecnologia de ação do setor administrativo sob os custos médicos das ações de saúde, com uma oferta de ações de saúde mais eficazes e baratas, que teriam em última instância uma profunda influência sobre o custo geral do sistema. A AG aposta que deste modo os estabelecimentos de saúde tornam-se mais competitivos entre si, em um cenário regulado pela lógica de mercado, para conquistarem bons níveis de financiamentos junto aos distintos grupos consumidores, que os disputam.

Procurando montar uma matriz de análise com vista a descrição da proposta da AG como uma solução da crise e do cenário de futuro que implicaria, tem-se o seguinte quadro:

momentos os temas analísadores	propostas para intervir no cenário da crise atual do setor saúde
regulação	<p>Como assume que qualquer intervenção mais efetiva do estado no setor de prestação de serviços é nefasta, a não ser para complementar as ações para aqueles grupos que não tem acesso a nenhum tipo de benefícios via mercado, por sua “incompetência” em ser um agente econômico efetivo a “comprar” os bens que necessita, defende com nitidez que a regulação é por conta da competição no mercado por financiamento e por clientes, em uma combinação entre ofertar o melhor produto para satisfazer as necessidades do consumidor, pelo melhor preço e com maior garantia.</p> <p>Esta proposta em particular advoga a ação reguladora do estado via acertos de regras do processo de competição entre os prestadores de serviços, para forçar que esta combinação seja a meta de todos que tem interesse nesta cena, e para isso constrói a figura do administrador privado que ganharia na medida que o seu controle sobre os prestadores produzisse de modo “perfeito” aquela combinação, que controlaria o prestador mediando o jogo do consumidor e do financiamento.</p>

<p>financiamento</p>	<p>Feita pelos clientes das administradoras de planos de saúde, que como regra são ou empresas que os compram para seus empregados, ou pessoas e famílias, ou um misto destes todos. Supõe que este item é vital, pois é baseado na capacidade de prestadores captarem consumidores que os administradores, ao serem financiados por um cliente comprador, acaba por financiar o prestador, e como regra dentro de um certo “contrato de resultados” e de uma certa “administração” dos seus gastos com os atos de saúde que produzem.</p> <p>Para usarem deste item como mecanismo a somar na ação inteligente do cliente adotam a lógica do co-pagamento de ações para desestimular o consumismo, além disso procuram instituir um limite de gastos para os prestadores criando a sua co-responsabilização pelos custos.</p> <p>Admitem uma linha de financiamento que venha do orçamento público, mas para comprar serviços tipo “cestas básicas populares”, visando a inclusão de grupos “marginais” ao mercado privado, e como regra comprando junto a administradores e prestadores privados.</p> <p>Compreendem uma linha própria de financiamento estatal para si mesmo em caso de serviços de natureza evidentemente coletivos como os de controle sanitários.</p>
<p>prestação</p>	<p>A prestação fica a cargo de grupos muito diversificados de ofertadores de serviços de saúde. Estes prestadores podem ser médicos gerais, equipes básicas de saúde, estabelecimentos mais complexos em termos de seus arcabouços tecnológicos, ou mesmo grupos de prestadores organizados para darem conta de um cardápio bem amplo de “atos de saúde”.</p> <p>O relevante é que estes prestadores entram no sistema via contratos com administradores de planos e de acordo com um cardápio base a ser produzido e definido entre si, que os incorporam pela lógica da demanda e não de suas capacidades de produzirem e ofertarem produtos. Isto é, são contratados para responderem a uma certa demanda definida pelos administradores junto com a sua clientela alvo, via relações mercantis, e não pelos atos que possam produzir.</p>

**gestão
sistema**

do A grande característica gerencial do sistema é dada pela combinação de administradores de planos captarem recursos financeiros de certos grupos compradores - empresas, pessoas -junto com a definição de uma clientela alvo bem adscrita, e disputarem entre si no mercado com certas regras definidas sobre produtos a serem ofertados e controles a serem feitos, na lógica da organização de uma competição gerenciada mercado centrada, que em última instância procura dar uma certa inteligência para os agentes econômicos se relacionarem.

Aposta que os 4 agentes em relação, podem como agentes econômicos serem atores inteligentes na busca do melhor e mais barato, tanto pelo lado dos administradores e prestadores, quanto pelo dos compradores e clientela final.

Pensa nos consumidores inteligentes em dois níveis: os que compram financiando e os que utilizam dos serviços, avaliando os outros dois agentes tanto pelos critérios administrativos e financeiros acertados entre si, quanto pelo grau de satisfações que produzem com o consumo dos produtos demandados.

**gestão
serviços**

dos

Neste item a AG tem sido muito atrativa devido a sua pretensão em ter constituído uma caixa de ferramenta para gerir serviços que de um lado seja competente no controle de custos e de outro adequado ao que o consumidor busca consumir.

Associa a lógica da competição gerenciada entre os 4 agentes econômicos já descritas, com mecanismos de intervenções em micro processos decisórios técnicos pela racionalidade administrativa financeira visando a melhor linha de produção com o menor custo, e para isso busca ajuda na economia em saúde e na epidemiologia clínica, para formar protocolos de ação técnica que adotam gerencialmente para impor controles de custos nos serviços.

Contratam os técnicos prestadores a partir da mesma lógica de contratos mais globais, com financiamentos tetos definidos e pouco negociáveis, mas como regra administrativa/e subordinados.

Isolam certos núcleos de excelências e procuram contratos específicos com protocolos bem definidos, e devido a sua alta monopolização por grandes grupos financeiros com muito poder de imposição, acabam “domesticando” estes núcleos por virarem alternativas de suas existências.

Quando estão em sociedades bem poderosas em termos da capacidade do capital financeiro e prestador darem conta da maior parte do que se almeja nos sistemas de saúde atuam bem a risca no conjunto da aplicação destes critérios, porém quando estão em sociedades mais restritivas, inclusive do ponto de vista da baixa capacidade de compra dos consumidores, seus mecanismos de gestão de serviços penetram a lógica de organização dos prestadores estatais, que se privatizam para atuarem dentro destes princípios, combinados a uma lógica bem significativa de ação dos equipamentos estatais como ofertadores de certos produtos básicos do cardápio de produção de atos de saúde, visando pelo menos uma cesta mínima a serem acessadas pelos indivíduos “cidadãos pisos”.

Aliás, no próprio EUA, isto ocorre junto a grupos mais marginais, como pobres e velhos, mas para esta cesta piso compram-se serviços do setor privado, sendo mínima a ação prestadora de grupos estatais, a não ser em situações bem especiais.

assistência médica	<p>Acopla-se a uma linha de produção que vai da menor incorporação de tecnologias duras, como equipamentos, para uma de retaguarda que se torna mais custosa mas menos demandada.</p> <p>Associa-se na base a uma ação mais geral clínica, com outros grupos profissionais, tipo enfermeiras, para atuar de modo adscrito nas relações entre prestadores e clientes, definidos de maneira administrativa, permitindo um controle mais pessoal dos custos e explorando a grande eficácia das tecnologias leves e leve-duras, em saúde.</p> <p>Adequa-se bem a serviços de médico de família, internação domiciliar, grupos de riscos, ordenados pela lógica da demanda e da construção de um cardápio de ofertas definidas por esta lógica. Como a própria saúde pública, ou a clássica medicina preventiva já propõem a muito tempo.</p> <p>Mesmo dentro de estabelecimentos de alta complexidade tira grandes proveitos desta adscrição de vínculo cliente e prestador, porém regulado pela lógica da competição gerenciada já descrita.</p>
assistência sanitária individual	<p>Devido ao modelo adotado para a assistência médica a AG procura explorar a eficácia da assistência sanitária individual, aumentando a capacidade dos prestadores atuarem pela lógica dos riscos e da otimização no uso dos recursos disponíveis.</p> <p>Aumenta a presença de equipes multiprofissionais atuando na prevenção de riscos e apostando na manutenção da saúde, mas em populações adscritas e previamente selecionadas para não serem muito custosas para o sistema. Tem um forte conteúdo excludor de certos agrupamentos sociais, que possam implicar em custos para o sistema.</p>
assistência sanitária coletiva	<p>Como regra isto é entendido como prerrogativa da ação estatal e que deve atuar de forma especializada na prevenção e na redução dos riscos impedindo catástrofes sociais.</p>

universalidade	<p>A universalidade é entendida como um equívoco, pois implica na não utilização positiva da inteligência do agente econômico, que deve atuar sob pressão de custos para poder qualificar o sistema.</p> <p>Além disso, excluem qualquer grupo que possam implicar em maior custo para o sistema para além da possibilidade de um equilíbrio contábil entre preço final dos atos e o pagamento dos mesmos.</p> <p>Aliás isto é um imperativo categórico deste sistema, que precisa controlar muito bem os custos de cada atividade e o seu equilíbrio em termos de cobranças. O sentido excludor é basal.</p>
integralidade	<p>Para grupos específicos de consumidores pode caber a noção de integralidade das ações individuais e coletivas, e mesmo da integralidade do sistema com hierarquização de complexidade tecnológica.</p> <p>Porém, para muitos grupos isto não pode ser aplicado porque como agente consumidor “compram” o direito a alguns produtos e não a outros, sendo excluídos do acesso a certos níveis de ações e mesmo do sistema.</p>
equidade	<p>Não cabe a operacionalização deste conceito em um sistema regido pela lógica de mercado e centralmente pelos custos.</p> <p>Em certos lugares que adotam seu receituário, no máximo, ao reconhecer limites no mercado para dar conta de uma equidade mínima, propõem uma cesta básica de consumo de atos de saúde a ser fornecida pelo estado.</p>
focalização	<p>Tem um forte sentido focalizador sobre certas populações adscritas pela sua presença no mercado de consumo, aliado a um definido para grupos de riscos específicos.</p>
segmentação	<p>É essencialmente segmentador na sua assistência, pois como regra a maioria dos consumidores “compram” serviços básicos e são excluídos dos mais complexos, e assim só podem ter acesso a certos níveis de serviços.</p> <p>Além disso, excluem certos grupos por serem incompetentes em termos de agentes econômicos para atuarem em um sistema mercado competitivo regulado.</p>

Para compreender o cenário futuro deve-se considerar pelo menos duas situações: uma, na qual o ator governo que adota este paradigma é de um país como os EUA no qual os grupos financeiros interessados no setor saúde, que também advogam esta modelagem, e os grupos

prestadores de serviços, mesmo que defendam um sistema mais médico centrado em procedimentos, são intensamente capitalizados e o grau de privatização é acentuada, ao ponto de 75% da população estar incluída no setor pela sua capacidade de se acessar via mercado; e, outra, na qual o ator governo que adota este paradigma é um importante prestador de serviços, que se utiliza do setor privado de modo combinado com o estatal, e os setores privados, mais capitalizados, atingem 25% da população via mercado.

O primeiro cenário é o típico vivenciado pelos EUA, hoje, no qual a disputa principal é entre os grupos das seguradoras advogando a AG e os médicos corporativos, que defendem o modelo atual, apesar de aceitarem uma parte da temática da AG, que é a de buscar ações menos custosas e mais eficazes, porém dentro de uma hegemonia dos grupos médicos centrados. Neste cenário, fica evidente que a proposta da AG como um todo é um projeto amplo de reforma de todo o paradigma que vem sendo utilizado na organização do conjunto do setor saúde, neste século XX, capitaneado por um novo ator social, as seguradoras de saúde, e o que é adotado pelo outro grupo é uma tendência em pegar pedaços de ferramentas de gestão de serviços de saúde, como um receituário de ação mais racional em termos de custos e eficácia, procurando desvinculá-las das intenções de seus verdadeiros propositores, as seguradoras. Tentando, explorar uma possível, mas duvidosa, neutralidade da caixa de ferramentas da AG no que se refere não ao financiamento e nem a regulação do sistema, mas a gestão de estabelecimentos e de certos processos produtivos em saúde dentro de uma certa racionalidade instrumental.

Talvez esta seja a principal situação do segundo cenário, a de procurar uma combinação entre o estatal e o privado, sob a lógica de uma dinâmica a mais próxima possível da AG, mas sem poder contar com os mesmos agentes econômicos, e por isso procurando produzir a partir do estatal dado, a constituição de prestadores e administradores, em combinação com gestores públicos - veja na discussão do governo federal brasileiro que mostramos como as OS, por exemplo, procuram fazer isto -, um cenário que possa operar com as 4 figuras de agentes econômicos básicos para o sistema funcionar: os administradores, os prestadores, os financiadores e os consumidores, como se isto fosse a lógica única e central da AG, desprezando também o fato de que AG é política de seguradora privada.

Dadas estas observações, a AG visualiza um setor saúde francamente segmentado, por grupos populacionais específicos, que regula suas relações como consumidores finais dos serviços prestados, através da presença de intervenções econômico-financeiras orientadas de administradores e prestadores de serviços de saúde, financiados por compradores inteligentes: ou empresas, ou grupos de consumidores associados.

A saúde neste cenário é entendida como um bem de mercado,

referente a cada agente econômico por um tipo de racionalidade:

a - para o consumidor final como uma necessidade básica, colocada em risco pelo seu próprio modo de viver a vida, a ser satisfeita com a compra de um certo bem de serviço que ele identifica como capaz ou de lhe evitar problemas, ou de solucioná-los devolvendo-lhes capacidades de andar no seu viver, e cujo parâmetro de análise para avaliar a qualidade do que consome é através da sua satisfação com o que consumiu;

b - para o prestador como algo que permite-lhe atuar como um possuidor de uma “tecnologia” que ele pode vender através de uma relação mercantil;

c - para o administrador como a possibilidade de atuar em um mercado de compras e vendas de bens, no qual pode operar com controle de custos de produção, para obter vantagens com o preço de venda; e,

d - para o financiador como a possibilidade de viabilizar o acesso ao bem desejado, por sua ação como comprador inteligente.

Pelo ordenamento destes interesses, em uma cadeia produtiva governada pela razão instrumental de que os beneficiários são os que desejam qualidade, e isto significa comprar pelo mais baixo preço possível tendo a maior eficácia final na satisfação de suas necessidades, as seguradoras ocupam um lugar central nos arranjos destes processos em países de alta capitalização, só em parte preenchidos pela existência de grupos poderosos estatais de controle de financiamentos.

Espera-se, então, que os consumidores sejam agrupados por grupos de interesses na forma de organizações inteligentes para fazer contratos de compras, muitas vezes transferidos para uma administradora, e que o mesmo valha para os financiadores. Os prestadores, representam os recursos que se bem controlados é que podem garantir o êxito do paradigma, por serem os que podem oferecer novas modalidades de assistências e por serem os que resistem as novas racionalidades de gestão e ganhos dentro do modelo.

No cenário tipo EUA a principal disputa é entre grupos médicos e seguradoras, mas nos do tipo do Brasil é entre os defensores de um sistema predominantemente privatizado e regido pela lógica de mercado, e os que apostam em um sistema hegemonicamente público, mesmo que se utilizando de prestadores privados, mas centrados na perspectiva da saúde como um bem público, componente básico da pauta política de uma sociedade cidadã.

ALGUMAS IDÉIAS E PERGUNTAS

Será possível organizar um sistema baseado neste paradigma sem a figura hegemônica do segurador privado, i. é, seria possível substituí-lo pela figura do financiador público, somados a dos prestadores públicos privatizados, ou isto só teria certa eficácia por um período de transição de um sistema público centrado, para um capital privado centrado? e,

Será possível “desencarnar” da lógica de interesses das

seguradoras privadas e adotar a caixa de ferramentas desta proposta da AG, para atingir maior racionalidade no item custo e benefício dos serviços de saúde? Isto é, será que podemos adotar partes do receituário da AG para organizar um sistema que não seja montado para as seguradoras, mas para os usuários em termos de uma visão ampla de saúde e de cidadania social, a partir de uma unificação entre PSF e OS, sob a ótica de uma política social?

Como pode-se ver, são muitas as linhas de debates e interrogações que existem quanto a estas situações, e dentre elas convida-se o leitor a refletir sobre o debate que hoje se trava em torno das relações entre o público e o privado, e da aposta no mercado como regulador chave das políticas sociais, para poder posicionar-se diante da polarização entre as propostas de cunho neoliberal e as comprometidas com a cidadania e o estado democrático de direitos.

BIBLIOGRAFIA

1. Organização Panamericana de Saúde. Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada. Washington, D.C.: OPS (HSP/SILOS-40), 1996.
2. Waitzkin, H. El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado. *Salud y Cambio (Chile)* 1994;5(15):24-38.
3. Waitzkin, H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? *Am J Public Health* 1994;84:482-489; A rejoinder [to commentary by Alain Enthoven]. *Am J Public Health* 1994;84:493-494.
4. Oliveros Cossio R. Consideraciones y sugerencias en torno al 2% de aporte del empleador, establecido en la ley 18.566. *Salud y Cambio (Chile)* 1992;3(9):4-5.
5. Iriart C, Leone F. Descentralización de salud. En: Normas de Descentralización el Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social y Program Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina (PRONATASS), 1994.
6. Iriart C, Leone F, Testa M. Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales* 1995; (70):5-21.
7. Iriart C, Nervi L. Modelo médico y técnicas de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. *Cuardenos Médico Sociales* 1990;52:27-35.
8. Merhy EE. Agir em Saúde - micropolítica do trabalho vivo, in Merhy, EE e Onocko, R (orgs). *Agir em Saúde. Um desafio para o público*, Editora Hucitec, São Paulo, 1997.
9. Garamendi, J. "California health care in the 21st century: a vision for reform" Sacramento, California, Department of Insurance, 1992.
10. Merhy, EE O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), texto apresentado na coletânea *Saúde e Democracia*,

organizada por Sonia Fleury, Editora Lemos, 1997.

11. Donzelli, A Modelli organizzativi e risultati dei sistemi sanitari nei confronti internazionali. Milão. 1995. Impresso.

12. Cecílio, LCO Inventando a mudança na saúde. Editora Hucitec. São Paulo. 1994.

13. Iriart, C.B; Waitzkin, H. e Merhy, E.E Atenção Gerenciada: da micro-decisão médico corporativa à administrativa, texto publicado nos Cadernos Didáticos do PROHASA (FGV/HCUSP), número 3, 1998.

14. Bueno, W.S. e Merhy, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? (encontra-se disponível na internet home-page www.datasus.gov.br/cns, desde agosto de 1997)