

A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989

- Resumos
- Text
- **Datas de Publicação** 1996

Resumos

Cet article a pour objectif général l'étude du modèle d'intermédiation des intérêts dans le domaine des politiques sanitaires et, pour objectif particulier, les relations qui se sont nouées entre les groupes d'intérêts et les acteurs institutionnels sur des scènes décisionnaires différentes tout au long du processus de mise en place de ce qu'on a nommé la Réforme Sanitaire Brésilienne pendant les années 1985-1989. Du point de vue empirique, l'analyse se concentre autour de jalons décisifs de cette Réforme, à savoir la VIII Conférence Nationale de la Santé, le Système Unifié et Décentralisé de Santé (SUDS) et le Système Unique de Santé (SUS). L'option méthodologique adoptée dans ce travail met en relief les choix stratégiques des acteurs engagés dans le processus décisionnaire. En établissant une analogie entre le mythe de Pandore et la Réforme Sanitaire Brésilienne, on analyse en détail les effets non prévus provoqués par la Réforme dont les conséquences se sont avérées socialement indésirables. L'ensemble des politiques de la santé qui se dégage de cette Réforme révèle un processus d'exclusion générale où le droit à la citoyenneté sociale - fondée sur la solidarité et l'accès de tous les citoyens aux soins de santé - est toujours affaibli au profit de la logique du marché, seule voie d'accès, privilégiée, à la santé. L'État, de façon perverse et paradoxale, intervient dans le sens d'une sélection sociale et résiduelle

Politiques publiques; groupes d'intérêts; réforme sanitaire; processus décisionnaire

The article's main purpose is to study the pattern of interest intermediation in public health policy and, more specifically, to examine the relations forged between interest groups and institutional actors within differing decision-making arenas during the evolution of the so-

called Brazilian Sanitation Reform which took place in 1985-89. In empirical terms, the analysis centers on the reform's decisive landmarks, to wit: Brazil's 8th National Health-care Conference, the Unified and Decentralized Health-care System (SUDS), and the Single Health-care System (SUS). In methodological terms, the focus is on the strategic choices made by actors within the decision-making process. Drawing an analogy between the myth of Pandora and the Brazilian Sanitation Reform, the analysis explores the reform's unexpected outcomes and their socially undesirable effects. The profile of public health policy that has emerged from this reform is one that reflects a paradoxical process of universalization and exclusion, in which the principle of social citizenship - grounded on solidarity and universal access to health care - has been steadily undermined, giving way instead to market logic as the prime via of access to health care. Perversely and paradoxically, the state has come to intervene in a selective and merely residual fashion

Public policy; interest organization; sanitation reform; decision-making process

Politiques publiques; groupes d'intérêts; réforme sanitaire; processus décisionnaire

Public policy; interest organization; sanitation reform; decision-making process

A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira —1985-1989

*

Carlos Pereira

Este artigo vai buscar inspiração na obra de Hesíodo, em que o poeta narra o mito de Pandora, envolvendo as figuras de Zeus, Prometeu e Epimeteu, cujo desdobramento trouxe a inesperada "caixa de Pandora". Zeus, desejando castigar Prometeu por este ter furtado e concedido aos homens o fogo do céu, pede a Hefesto que modele em argila uma mulher. Vários deuses do Olimpo depositaram nela um dom, tornando-a demasiadamente atraente. Hermes chamou-a de Pandora —do grego

Pan

(todo) e

doron

(dom) —, como se fora um presente de todos os deuses. Carregada de dons divinos, Pandora se mostrava detentora de todos os bens.

Entretanto, sabendo Zeus que Prometeu —do grego

pro

(antes) e manthánein (perceber) —a rejeitaria, envia Pandora para seu irmão Epimeteu —

epi

(depois) e

manthánein

(perceber). Epimeteu, deslumbrado com a beleza de Pandora, tomou-a como sua esposa. Todavia, junto com Pandora, Zeus enviou uma caixa hermeticamente fechada como presente de núpcias. No momento em que Pandora a destampou, dela evolaram todas as calamidades que até hoje atormentam a humanidade. Só a esperança, que estava no fundo da caixa, ficou, por não conseguir sair antes que Pandora voltasse a tampar a caixa. Os homens foram, assim, condenados a sofrer toda a sorte de males; apenas a esperança, pobre consolação, lhes restou (Hesíodo, 1991).

INTRODUÇÃO

Estabelecendo uma analogia entre o mito de Pandora e a reforma das políticas de saúde no Brasil, este artigo tem como objetivo o estudo das relações que se desenvolveram entre os grupos de interesse e os atores sociais no que diz respeito ao processo decisório dessas políticas, durante o período da chamada transição democrática,¹ processo este que ficou conhecido como reforma sanitária.

É também meu objetivo identificar e analisar os efeitos perversos, ou melhor, os efeitos não antecipados, gerados pela agregação de interesses inter-relacionados ao longo do processo da reforma sanitária brasileira, que impuseram limites, e até mesmo fracassos, a alguns dos principais pilares dessa reforma, tais como a universalização e a descentralização. Na realidade, a universalização, em um contexto de crise fiscal e sem a definição de novas fontes de financiamento, acabou por produzir, de forma não intencional, uma "privatização por afastamento" dos setores médios da população em relação ao setor público de saúde e, ao mesmo tempo, o fortalecimento do setor privado autônomo do Estado. Quanto à descentralização, por ter sido implantada de forma desagregada e fragmentada institucionalmente, tem sido um freqüente alvo de interesses locais, geralmente corporativos e clientelistas, não resultando necessariamente em democratização ou em aumento da eficiência e qualidade dos serviços de saúde.

É importante assinalar que a década de 1980 se distingue, tanto nos países de capitalismo avançado como na América Latina, por um vigoroso processo de redefinição do padrão de intervenção do setor público na área social. Esse processo assume o caráter de busca de alternativas que possam dotar a ação pública de eficiência, eficácia e efetividade, no sentido de superação do padrão centralizador, concentrador, autoritário, burocrático, privatizante e financeiramente auto-sustentado, reconhecidamente fracassado, característico do período anterior.

Assim, a transição para o regime democrático no Brasil desenvolveu-se em um clima de grande expectativa de transformação do padrão de desenvolvimento econômico e social. A consequência mais importante da conjuntura liberalizante e democratizante, principalmente no início da transição, foi trazer à arena decisória atores até então dela excluídos, fundamentalmente nas áreas de saúde e previdência,² atores que, ao longo do período autoritário, desenvolveram uma política de resistência ao defenderem princípios democratizantes e universalistas em relação às políticas sociais.

O desempenho desses atores se orientou pela necessidade de construção e defesa de uma agenda descentralizadora como forma de valorização do espaço público, com o intuito de enfraquecer e quebrar os interesses privados que, ao longo do período autoritário, fincaram raízes profundas no processo de definição de políticas sociais. Eles também defendiam a aproximação da assistência à saúde ao princípio de cidadania social que reconhece o direito igual para todos os cidadãos, independentemente de serem ou não contribuintes do sistema, de terem acesso a bens e serviços de saúde de forma universal.

Em relação, especificamente, ao processo da reforma sanitária, muito já foi dito e escrito. Contudo, são raros os trabalhos que se preocuparam em realizar suas análises a partir de uma microabordagem das estratégias específicas dos atores diretamente envolvidos no processo decisório das políticas de saúde no Brasil. A maioria dos estudos sobre esse

setor trilha outro caminho, elegendo fatores de ordem estrutural como seus principais determinantes. Desse modo, a política pública passa a ser reduzida a uma consequência ou expressão de processos macrossociais, ou seja, de um regime político, das contradições de um modo de produção, da luta de classes etc.

Procurei, portanto, me diferenciar das abordagens tradicionais que tratam do tema a partir da questão do Estado, uma vez que estas se preocupam essencialmente em definir a natureza e o papel do Estado capitalista, não utilizando paradigmas interacionistas, tornando-se uma presa fácil de teleologismos e explicações *ex-post*. Esse tipo de abordagem tradicional não incorpora os fatores organizacionais e institucionais da dinâmica política, pois subsumem os atores sociais, seus projetos e efeitos não antecipados a categorias gerais, não dispondo de categorias analíticas que trabalhem com a burocracia, intelectuais, interesses, conflitos e restrições institucionais, portanto, com processos decisórios.

Conseqüentemente, não se pode prescindir ou desconsiderar as decisões, estratégias e microrracionalidades dos atores sociais envolvidos no processo de formação de políticas, sob o risco de se reduzirem as políticas públicas a explicações *ex-post* de corte estrutural ou funcional, perdendo-se, assim, a riqueza proporcionada pela interação dos atores envolvidos em uma determinada ação.

Além disso, este artigo se alicerça no suposto analítico de que não existe uma solidariedade natural na sociedade, e que os indivíduos ou grupos que estão envolvidos no desenvolvimento de uma determinada ação desejam, na realidade, a maximização de seus benefícios acompanhada de uma sempre progressiva diminuição de seus custos. Por outro lado, embora minha análise enfatize as escolhas estratégicas dos atores envolvidos em uma dada ação política, é mister que se reconheça, de acordo com o pensamento neo-institucionalista,³ que o arcabouço institucional, com seu conjunto de regras, leis e procedimentos a partir dos quais os atores interagem, molda e/ou impõe certos níveis de restrição às suas próprias escolhas (North, 1990).

Assim, a opção metodológica adotada implicou uma estratégia de investigação empírica centrada na identificação de como os principais atores e seus interesses se organizaram e se inter-relacionaram no processo de disputa política nas instituições do setor saúde. Portanto, após o reconhecimento dos principais atores em ação, foram realizadas entrevistas com o objetivo de analisar os principais níveis e padrões de conflito entre esses atores no que diz respeito ao processo decisório das políticas e aos desdobramentos institucionais da reforma sanitária.

Este artigo está subdividido em três partes: na primeira, procuro identificar algumas singularidades do setor saúde, como a caracterização da natureza específica de alguns dos princípios que fundamentaram a chamada reforma sanitária; na segunda, dedico-me à análise das alternativas ao modelo médico assistencial privatista que se colocaram na arena política, bem como à forma como se organizaram os interesses e alianças políticas dos atores sociais nos setores público e privado; finalmente, na última parte, elaboro a análise propriamente dita do processo decisório, a partir dos possíveis produtos da interação dos interesses em disputa, tentando identificar os custos e benefícios da ação política nos desdobramentos institucionais da reforma sanitária nas suas respectivas arenas decisórias, bem como os efeitos não antecipados proporcionados pelo processo da reforma sanitária.

ALGUMAS SINGULARIDADES DO SETOR SAÚDE

Tradicionalmente, tem-se abordado a política de saúde de forma isolada e restrita às especificidades da mesma, não se dando conta das suas amplas inter-relações com fatores que transcendem o universo particular da atenção à saúde. Ao se limitar o contorno do objeto saúde, perde-se a dimensão de globalidade, como também seus determinantes econômicos e políticos.

O complexo setorial da saúde é o *locus* privilegiado em que os interesses se organizam e as trocas entre os agentes e produtores de bens e serviços de saúde se constroem socialmente, sendo o lugar em que a política de saúde se concretiza e se desdobra em ações públicas, ou seja, é a arena decisória *par excellence*.

No caso, o setor saúde é entendido como sendo uma arena institucional que é tomada por uma diversidade de coalizões de grupos de interesse e, por isso, mutáveis, vindo, desse modo, a condensar em seu espaço a presença tanto de interesses públicos quanto privados, em razão de produzir bens e serviços que podem ser qualificados em duas situações distintas: bens e serviços enquanto objeto de transação no mercado, e bens e serviços enquanto direito social (Nunes, 1992).

A primeira situação é aquela em que o bem ou serviço é tomado como uma mercadoria a ser trocada entre produtor e consumidor, conferindo-lhe uma dimensão de bem privado, quando o que importa na troca são as escolhas e aptidões dos atores que estão envolvidos na transação. Desta forma, ainda que lidem com a manutenção e a recuperação das condições de saúde, os bens e serviços que são objeto de transação no mercado são movidos pela ótica deste, ou seja, o lucro.

As situações de bens e serviços, enquanto direitos sociais, são aquelas cujas relações que se estabelecem entre produtor e consumidor ultrapassam a racionalidade econômica das transações de mercado, conferindo a estes direitos uma dimensão de bem público.⁴ Entretanto, é importante ressaltar que as ações de saúde coletiva são as que se encaixam perfeitamente nessa concepção de bem público, enquanto as ações e práticas de saúde individuais, mesmo sendo um direito social universal, ainda podem ser comercializadas no mercado enquanto um bem privado.

As interações no domínio público, aplicadas ao setor saúde, são melhor compreendidas a partir da relação entre os fornecedores de serviços e os usuários enquanto cidadãos, garantidos pelo conceito de seguridade. Nesse sentido, é imanente ao Estado a função de assegurar a equidade de acesso aos bens e serviços que recuperam ou mantêm as condições de saúde dos cidadãos.

Para além das duas situações polares em que, de um lado, se encontra o Estado exclusivamente como provedor dos meios que asseguram os direitos sociais (o domínio público) e, de outro, o mercado oferecendo bens e serviços para serem transacionados em típicas relações de troca produtor/consumidor (o domínio privado), existem situações intermediárias proporcionadas por uma multiplicidade de arenas e atores que desenvolvem interações, conferindo ao setor saúde uma grande complexidade.

A REFORMA SANITÁRIA E A NATUREZA ESPECÍFICA DE SEUS PRINCÍPIOS

Processo complexo, contraditório e, para alguns, ainda não concluído, a reforma sanitária brasileira deita suas raízes no período anterior ao da transição para a democracia no Brasil, mais precisamente a partir do final da década de 1960, com as críticas ainda desorganizadas ao regime autoritário que se encontravam nos espaços universitários e acadêmicos, como também em alguns espaços institucionais. Não se pode também esquecer o papel desempenhado por alguns prefeitos e secretários municipais de saúde com claros compromissos democratizantes.

Contudo, a reforma sanitária vai apresentar seu momento mais decisivo durante a transição democrática, principalmente em seu início, uma vez que esta proporcionou a entrada de novos atores sociais em arenas decisórias. Assim, a transição democrática tomou a forma de um *efeito catalisador* necessário à viabilização de reformas no setor saúde. A estratégia desses atores pressupunha a construção e a defesa de uma agenda descentralizadora como forma de valorização do espaço público.

É importante que se perceba que a reforma sanitária brasileira não pode ser entendida como uma política homogênea, mas sim enquanto um conglomerado de princípios e políticas que apresentam naturezas específicas, proporcionando formas organizativas ou padrões de demandas diferenciados. Nesse sentido, o processo da reforma sanitária é um exemplo de uma iniciativa de reforma do Estado a partir de uma política pública, tendo surgido dos setores democráticos reformistas que ocuparam espaços estratégicos na burocracia executiva.

A primeira noção transformadora que se insere implicitamente no conceito de reforma sanitária, e que vai posteriormente se explicitar no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, é a ampliação do próprio conceito de saúde:

"A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde" (Ministério da Saúde, 1987).

Outra noção que pertencia ao ideário da reforma sanitária é a de aproximação da saúde do princípio de cidadania plena, que reconhece o direito igual a todos os cidadãos, independentemente de serem ou não contribuintes do sistema, de terem acesso a bens e serviços de saúde de forma universal. Este princípio universalista apresentava um forte apelo redistributivista ao estender os benefícios de forma difusa a toda a população; porém, em função de não ter havido decisões no que diz respeito a novas fontes de financiamento para o setor, os custos dessa universalização ainda permaneceram concentrados nas folhas de salários dos trabalhadores, inflacionando ainda mais o já restrito orçamento da saúde, vinculado, a partir da Constituição de 1988, ao orçamento da seguridade social.

A reforma sanitária também implicava uma reestruturação político-administrativo-institucional ao propor uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a instituição de um Sistema Único, que viesse romper a eterna dicotomia entre os dois órgãos, além de proporcionar uma integralidade às ações de saúde.

A redefinição da ação pública, embutida na lógica da reforma, propunha uma alteração nas relações que o setor público historicamente vinha desenvolvendo com seus clientes. Desta forma, colocava-se a necessidade de uma importante mudança organizacional a partir da valorização da participação, via descentralização político-administrativa do sistema.

Nutridos e fortalecidos pelo sentimento de repulsa e frustração,⁵ os setores reformistas nomeiam a descentralização como o bastião e principal instrumento de valorização do espaço público, bem como, na tentativa de configuração da descentralização, instrumento de ampliação de um mercado político competitivo.

A freqüência das sucessivas frustrações coletivas em relação ao padrão centralizado proporcionou, por parte dos reformistas, uma postura de superestimação dos benefícios das políticas de natureza descentralizada, dificultando uma análise mais aprofundada e racional dos limites que a própria realidade imporia ao processo de implementação da descentralização.⁶

Travestida por um corolário de "desejo de segunda ordem" ou "metapreferência", a descentralização é adotada pelos atores reformistas como expressão de cunho homogêneo e positivo na sua árdua luta contra os padrões centralizados de gestão pública. Porém, como ressalta Bobbio (1992), tanto a descentralização como a sua antítese não existem em "estado puro", isto é, são, antes de qualquer coisa, faces da mesma moeda. Outra observação relevante feita por esse autor acerca do fenômeno descentralizador diz respeito à pluralidade de formas que se materializam em diferentes

contextos e arenas, e a idéia de "processo" que garante um perfil não-finalístico ou teleológico ao fenômeno.

Neste momento, assume centralidade no debate público a discussão do *modus operandi* das políticas públicas de corte social, em lugar dos marcos globais presentes na discussão passada entre crescimento e redistribuição, importando muito mais, agora, a discussão acerca da eficiência e resolubilidade da ação pública. A partir da discussão do modo de funcionamento das políticas públicas, forma-se no Brasil uma agenda quase consensual entre reformistas e neoliberais em defesa da descentralização, porém com motivações e justificativas diferentes, na sua grande maioria.⁷

Identificar a descentralização enquanto fruto da condensação de múltiplos interesses é distituí-la, a princípio, de qualquer instrumentalidade pública ou privada. A percepção da defesa e a valorização apenas do espaço público, tão defendido historicamente pelas esquerdas, abarcou apenas parcialmente um fenômeno tão complexo e múltiplo como o da descentralização. É de importância decisiva notar que, aliados aos interesses públicos, vários interesses privados também se beneficiam da descentralização e que, em alguns momentos, eles são os grandes beneficiados. Em outros casos, o setor público, antes de funcionar como competidor com o setor privado, oferecendo um serviço de boa qualidade e a baixo custo, conforma um campo de complementaridade com este, e em união simbiótica dividem fatias do mercado de serviços, quebrando a idéia de pureza pública que a descentralização trazia em seu ideário propositivo.

ABRINDO A CAIXA DE PANDORA: OS ATORES E O JOGO

Diante do flagrante fracasso e dos limites das políticas sociais —em particular do modelo médico-assistencial privatista de atenção à saúde —, duas saídas se constituíram enquanto alternativas aos baixos níveis de efetividade das políticas sociais do autoritarismo conservador.

A primeira, conhecida como reforma sanitária, caracteriza-se por um período inicial de vitórias, principalmente no campo administrativo e institucional nos primeiros anos da Nova República, seguido de fragmentação e descontinuidades. A segunda alternativa, muito menos explícita e, por isso mesmo, mais insidiosa, alimenta-se progressivamente das dificuldades da primeira, organizando-se de forma autônoma em relação ao Estado sob os princípios neoliberais.

Genericamente pode-se afirmar que os principais temas que constituem os pontos de conflito, como as linhas de interação e aliança entre os atores coletivos que fazem parte do setor saúde, são formados pelas diversas maneiras como estão institucionalmente dispostos em relação à distribuição dos recursos orçamentários e financeiros; à natureza pública ou privada dos serviços ofertados à população; à distribuição de credenciamentos, convênios e formas de contratação; ao modo de fiscalização e de controle social; além da forma de acesso aos serviços.

Em primeiro lugar, será analisado o movimento pela reforma sanitária. Em que pese este apresentar um relativo consenso no que diz respeito à interpretação de seus princípios e conjuntos de idéias-força, esse aparente consenso, no decorrer da transição democrática, foi dando lugar a crescentes dificuldades e divergências de encaminhamento, tanto em relação ao processo decisório quanto à implementação desses princípios, a ponto de apresentarem estratégias diferenciadas, configurando verdadeiros embates e conflitos acerca de qual grupo ou setor comandaria o processo da reforma sanitária.⁸

Pode-se identificar dois grandes campos no movimento pela reforma sanitária brasileira. Estes conformaram estratégias diferenciadas de 1985 até 1988, quando da aprovação do Sistema Único de Saúde —SUS pela Constituição Federal. Na realidade, a Constituição de 1988 vai representar uma espécie de *mix* dessas duas estratégias que estiveram presentes no campo reformista.

A primeira alternativa tinha como princípio norteador a questão da unificação do setor saúde no âmbito federal em um único organismo que condensasse tanto as funções de assistência médica individual, quanto as ações de saúde coletiva, encerrando a eterna dicotomia existente entre esses dois setores. Ela se aproximava de uma visão global de planejamento das ações de saúde de forma centralizada, como também dos desdobramentos institucionais nas esferas estadual e municipal no sentido da viabilização do comando único nas três esferas de governo. Representava, ainda, uma antiga aspiração do movimento sanitário, tendo no Ministério da Saúde e na Fiocruz os principais *locii* institucionais de propagação dessa estratégia. Era representada pelo PCB, nas figuras de Eleutério Rodrigues Neto, então secretário-geral daquele Ministério, e de Sérgio Arouca, na época presidente da Fiocruz.

Além de defender o deslocamento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social —INAMPS e demais institutos e autarquias para o Ministério da Saúde e, desta forma, promover o afastamento do processo decisório da arena previdenciária, diversas outras propostas também fizeram parte dessa estratégia. Tais propostas são identificadas através da defesa da criação de fundos nacional, estaduais e municipais de saúde, em que qualquer recurso seria destinado às respectivas esferas; da concepção de que o setor privado passaria a ser subsidiário do setor público; da universalização completa do atendimento, que não permitisse haver discriminação ou restrição de acesso aos serviços de saúde, independentemente da contribuição previdenciária; da isonomia salarial dos recursos humanos que iriam pertencer à nova estrutura do setor saúde em seus diferentes níveis, pois iriam ter reforçadas suas responsabilidades executivas, mantendo-se, contudo, na esfera federal o poder normativo de coordenação política, de planejamento e de orçamento global.

A segunda estratégia preconizava a modernização da máquina previdenciária com o objetivo de proporcionar maior eficiência e agilidade ao INAMPS, mantendo-o como órgão do complexo previdenciário, sem alteração de suas funções de prestador de assistência médica, como financiador das ações de saúde e controlador e avaliador dos recursos utilizados. Desta forma, o novo INAMPS, mais eficiente, forte e ágil administrativamente, continuaria a ser o *locus* institucional decisório das políticas de saúde. Tal estratégia tinha como defensores setores do PMDB que ocupavam espaços decisórios no Ministério da Previdência e Assistência Social —MPAS —principalmente a partir da gestão do ministro Raphael de Almeida Magalhães, em 1986, substituído de Waldir Pires, que foi disputar o governo da Bahia —, e em especial no INAMPS, por intermédio de Hésio Cordeiro, seu presidente.

Estes atores jogaram toda a sua energia no esforço de provar para a opinião pública, como também para os setores liberais que disputavam os caminhos da transição, que seria possível gerir de forma eficiente o INAMPS e, por que não dizer, o próprio Estado.

O descrédito que o setor público enfrenta, pela sua ineficiência, falta de agilidade, pelo desperdício de recursos, só será revertido se "as políticas sociais desenvolvidas pelas instituições públicas puderem dar resultados. Quer dizer, eu inverteo o quadro: não é necessário denunciar o neoliberalismo ascendente, mas sim comprovar que a administração pública pode dar resultados. Acho que aí é que está o nó da questão". A intenção era provar que "a previdência era viável, desde que dentro do Estado e desde que houvesse um rigoroso combate às fraudes" (Cordeiro, entrevista, 1992).

Para dar conta do desafio de implantação das noções de *boa governança* no setor público, esses atores atribuíram um grande destaque à redefinição do padrão centralizado de intervenção governamental a partir do desenvolvimento da noção de descentralização da administração e dos serviços públicos. Uma vez descentralizada, a ação pública teria mais possibilidades de promover resultados mais satisfatórios no sentido de uma maior resolubilidade dos problemas da população, ou seja, a ação estatal estaria orientada para a "administração para o público", em que a satisfação dos usuários seria o objetivo a ser alcançado.

Visava-se também, com a descentralização, a pulverização dos níveis decisórios para os estados e municípios, com o objetivo de quebra dos mecanismos tradicionais de indicação dos cargos intermediários da burocracia previdenciária marcados pelo clientelismo e trocas de favores, uma vez que, com a transferência para as esferas estaduais e municipais, os mecanismos tradicionais de clientela iriam ter mais dificuldades em se rearticular. Outro ator que iria ter sérios problemas com a gestão descentralizada era o setor privado conveniado, acostumado a depender de suas negociações centralizadas com o INAMPS. Na opinião de Hésio Cordeiro "o que a FBH [Federação Brasileira de Hospitais] queria era ter um interlocutor único, centralizado, mais facilmente cooptável e mais facilmente 'comprável' pelo setor privado" (Cordeiro, entrevista, 1992).

Quanto à questão da universalização, esta iria depender da contrapartida de outros parceiros nos campos financeiro e operacional, principalmente estados e municípios. Portanto, a clientela preferencial ainda seria a previdenciária, ativa ou aposentada e seus dependentes, única financiadora do sistema.

É importante ressaltar que essas duas estratégias reformistas percorreram caminhos diferenciados de legitimação e viabilização política, não por uma questão de princípio mas, muito mais, por uma questão de oportunidade política. A primeira, que passava pela unificação, foi muito mais legislativa e constitucional; a segunda, que privilegiava a descentralização e a eficiência do setor público, fez um trajeto eminentemente administrativo, costurando reformas por dentro, tentando aproveitar ao máximo o espaço ocupado, dependendo muito menos do aspecto legislativo. Sérgio Arouca costumava chamar a primeira estratégia de "por cima" e a segunda de "por baixo" (Arouca, entrevista, 1992).

Essas estratégias diferenciadas experimentam, ao longo da segunda metade da década de 1980, vários episódios de conflito. Estavam em disputa questões de ordem política tanto no plano macro, em relação ao comando da própria transição democrática, como no nível micro, de comando dos caminhos específicos da reforma sanitária e de ordem econômico-financeira, a partir do controle do caixa da Previdência Social e, por que não dizer, da própria concepção de reforma sanitária.

Este artigo privilegia a análise de como os atores, tanto do setor público como do setor privado, se posicionaram diante dos três principais fatos institucionais ocorridos nessa área durante o período da chamada transição para a democracia no Brasil. Eles se referem à VIII Conferência Nacional de Saúde, ao decreto de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde —SUDS, e ao Sistema Único de Saúde —SUS, aprovado na Constituição de 1988.

A VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE LEGITIMAÇÃO DA UNIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Embora a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª. CNS) já estivesse no programa do então candidato a presidente da República Tancredo Neves, elaborado pelo Grupo da Comissão de Planejamento das Ações Governamentais —Copag, a Conferência só veio a se realizar em 1986, fruto do acirramento dos conflitos no campo progressista nos espaços institucionais dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

Uma das principais bandeiras do movimento sanitário, aparentemente consensual desde o período da ditadura⁹ —a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde no sentido da materialização do comando único e da unificação do campo da saúde —, começou a sofrer fortes resistências dos atores do lado do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Os atores do Ministério da Saúde alegavam que durante a ditadura lutaram para a viabilização de um projeto consensual de transformação das políticas de saúde no Brasil, e que se deveria aproveitar o momento inicial da Nova República, em razão de os progressistas estarem ocupando os dois Ministérios desse setor, para "acelerar a

implantação do projeto da reforma sanitária, o que significava a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde, fazer uma reforma administrativa completa, acabar com o INAMPS, criar um Ministério da Saúde forte, começar a descentralização, enfim, a idéia era implantar este projeto [...]" (Arouca, entrevista, 1992).

Embora houvesse setores do Ministério da Previdência que concordassem com a estratégia da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, o conflito instalava-se em relação ao *timing* dessa transferência. O próprio Hésio Cordeiro, presidente do INAMPS, reconhecia a

"[...] coerência com que todo mundo do movimento sanitário havia proposto [a transferência]. Nos documentos do governo Tancredo, elaborados em 1984, a proposta era a transferência imediata, por decreto, do INAMPS para o Ministério da Saúde. [...] essas coisas, contudo, não se resolvem teoricamente; propor a transferência de um lugar para o outro, isso não se dá de imediato" (Cordeiro, entrevista, 1992).

Porém, para se compreender os meandros desse conflito que, segundo Eleutério Rodrigues, "levou a conseqüências sérias para a unidade interna do movimento sanitário" (Rodrigues, entrevista, 1992), é preciso perceber que várias questões estavam em jogo. A primeira delas levantada pelos atores do Ministério da Previdência para não transferir o INAMPS para o Ministério da Saúde era quanto ao próprio futuro da transição brasileira. Eles argumentavam que havia dois projetos disputando os rumos e o comando da transição: um progressista, liderado pelo PMDB, e um conservador, representado pelo PFL. Essa disputa também se refletia dentro do Ministério da Previdência, na figura de Waldir Pires, um político tradicionalmente pertencente ao setor progressista do PMDB, sendo, por este motivo, muito mais "confiável" do que Carlos Santana, ministro da Saúde, que, na opinião de Cordeiro, "tinha uma trajetória mais conservadora, representando as posições de centro dentro do governo Sarney, mais próxima da dissidência do regime militar". Segundo José G. Temporão, ex-secretário de planejamento do INAMPS, existia uma piada, que corria nos bastidores, que expressa muito bem essa desconfiança quanto ao ministro Carlos Santana: "qual é o ministro da Previdência que, gozando de toda a sua sanidade mental, vai entregar uma autarquia como o INAMPS, que movimenta 5 bilhões de dólares/ano, ao Carlos Santana, um homem claramente conservador?" (Temporão, entrevista, 1992).

O raciocínio era de que não se poderia entregar o INAMPS, uma instituição com grande poder político e financeiro, a uma pessoa conservadora como Carlos Santana, pois isto significaria um fortalecimento político não só pessoal, mas também das forças políticas de centro e centro-direita dentro do próprio governo da transição.

Existiam também razões de natureza local e estadual nesse conflito, representadas pela questão da disputa pelo governo da Bahia. Havia uma estratégia de fortalecimento de Waldir Pires no Ministério da Previdência no sentido de viabilizar sua candidatura a governador. Hésio Cordeiro alegava que Waldir Pires "não poderia sair do governo como sendo a pessoa que em vez de tornar viável a Previdência Social, tinha esquetejado a Previdência, ainda que isso se contrapusesse à idéia da reforma sanitária" (Cordeiro, entrevista, 1992).

Outro argumento que começou a ser veiculado pelo Ministério da Previdência Social era o de que a simples transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde não iria diminuir a articulação de interesses e as pressões do setor privado, ou mesmo questionar se essa estratégia de transferência poderia realmente fazer avançar o processo de reforma sanitária ou de seguridade social que apareceu posteriormente na Constituinte. Começa a ganhar terreno a estratégia de que o INAMPS é o espaço primordial de promoção da reforma.¹⁰ Além do mais, dizia-se que a unificação, via Ministério da Saúde, era uma unificação *por cima*, centralizada, e que só teria viabilidade se acontecesse *por baixo*, descentralizada, com a participação dos estados e municípios.

Eleutério Rodrigues chega a afirmar que a proposta real, embora no início velada, principalmente no momento em que Raphael de Almeida Magalhães assume o Ministério da Previdência, era a de que deveria haver realmente uma fusão, mas no sentido inverso, ou seja, do Ministério da Saúde para o Ministério da Previdência:

"E por que não passar o Ministério da Saúde para o Ministério da Previdência e fazer o Ministério do Bem-Estar Social, diziam Raphael e Hésio. [...]. Esta visão, embora tenha sido proposta pelo Almir Gabriel, foi concebida dentro do Ministério da Previdência como uma estratégia para manter a saúde, a previdência e a assistência social dentro do mesmo campo, dentro do mesmo orçamento, dentro da mesma instituição, isto é lógico. [...]. Quer dizer, a concepção de descentralização que eles tinham, era uma concepção operativa de desconcentração, mas não era realmente um sistema descentralizado" (Rodrigues, entrevista, 1992).

Em relação a essa discussão de comando único, o ministro Raphael de Almeida Magalhães era bastante pragmático,

"[...] ficava na mão de quem tinha o caixa, isso foi resolvido de fato. É claro que Roberto Santos não gostava, mas eles não tinham nada. O Ministério da Saúde tinha os hospitais federais, os manicômios, os tuberculosos..., eles não tinham nenhuma estrutura de prestação de serviços e não tinham nenhum recurso. [...] como a gente estava na presidência, estava com o caixa, ia ficar aqui mesmo" (Magalhães, entrevista, 1992).

Em meio a essa discussão, o Congresso Nacional aprova uma Lei Delegada,¹¹ de autoria do então deputado Carlos Santana, que autorizava o presidente da República a transferir o INAMPS para o Ministério da Saúde em um prazo de noventa dias. A aprovação desta Lei representa o estopim da crise, instalando-se um clima de desconfiança entre os dois Ministérios. A partir daquele momento, consolidam-se as divergências e têm fim as expectativas e esperanças do Ministério da Saúde quanto a uma unificação negociada.

Do lado do Ministério da Previdência ocorre uma grande oposição, a ponto de o ministro Waldir Pires ir para o enfrentamento com o presidente Sarney, para que este não sancionasse a lei, alegando que não admitia a transferência porque os trabalhadores e a sociedade não tinham sido consultados. Por outro lado, Carlos Santana, que, naquela época, tinha grande ascendência sobre Sarney, permanece na expectativa de o presidente assinar. Contudo, esgota-se o prazo e nada acontece. O presidente acabou cedendo às pressões do Ministério da Previdência.

Como o principal argumento utilizado por Waldir Pires era o de que não houve consulta à população, segundo Arouca, "[...] vamos consultar. Vamos fazer uma conferência que seja o oposto de tudo o que foi feito até agora. Vamos chegar para a sociedade, chamar todo mundo para ver o que acontece. [...] para saber se os trabalhadores estão de acordo ou não" (Arouca, entrevista, 1992).

É dessa maneira, com todos esses conflitos e disputas internas no campo progressista, que se viabiliza a 8ª. CNS. Esta Conferência pode ser entendida como uma grande cartada do Ministério da Saúde para legitimar perante a sociedade o princípio da unificação. Tanto foi assim, que o Ministério da Previdência, embora tenha bancado financeiramente sua realização, participou de forma tímida e até o último momento

"[...] o Raphael de Almeida Magalhães, como ministro, tentou impedir que acontecesse a 8ª. Conferência. Foi toda uma movimentação de última hora, [...] não interessava a ele que aquilo chegasse a uma determinada instância que ameaçasse o Ministério. Então ele foi a 8ª. Conferência forçado, não queria falar. O Hésio também entra com muitas restrições a tudo, achando que aquilo era um equívoco político nosso. [...]. O INAMPS pode ter dado dinheiro, mas não deu apoio político. Quer dizer, a 8ª. foi arrancada no movimento" (

idem

).

Todavia, reduzir o papel da 8ª. CNS à legitimação do princípio da unificação é, no mínimo, diminuir a importância do maior evento já ocorrido na história das políticas de saúde no Brasil. Além dessa questão da legitimidade e da representatividade dos princípios da reforma, a Conferência refletiu um momento de síntese de todas as propostas que caminhavam desarticuladas até então, ou seja, foi um momento de construção teórica, principalmente porque os setores que se posicionavam contra a unificação, naquela ocasião não se posicionaram. Conseqüentemente, não houve este tipo de enfrentamento. Segundo Eleutério Rodrigues, "houve um escamoteamento".

A 8ª. CNS foi convocada pelo Decreto Presidencial nº. 91.466, sendo realizada de 17 a 21 de março de 1986, em Brasília. Ela foi precedida de conferências estaduais preparatórias para a escolha dos delegados para a nacional. Teve como temas: "Saúde como Direito", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento do Setor". Dela participaram mais de três mil pessoas, dentre as quais mil delegados.

Uma das questões que mais despertaram o interesse dos delegados e que mais geraram debates, foi aquela que diz respeito à natureza do novo sistema nacional de saúde, se estatizado ou não, se sim se de forma progressiva ou imediata. Os setores mais à esquerda, representados pelo PT, PCdoB e pela Central Única dos Trabalhadores —CUT, defendiam a estatização imediata tanto do sistema de saúde como da indústria farmacêutica.¹²

Todavia, a proposta vitoriosa foi a de estatização progressiva do sistema, defendida pelo PCB e pelo PMDB. De qualquer maneira, ficou claro que a participação do setor privado, até ser estatizado o sistema, deveria se dar sob o caráter de serviço público concedido e o contrato regido sob as normas do direito público. Foi prevista a intervenção e a desapropriação, sempre que caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa. Quanto aos investimentos dos recursos públicos, estes seriam destinados exclusivamente ao setor público, vetando-se sua utilização para ampliação, reforma ou construção de estabelecimentos privados ou para a compra de equipamentos.

No que se refere à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, consolidou-se a proposta de comando único do sistema, não só em relação à transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, como também à separação dos recursos para financiamentos, desvinculando-os progressivamente da contribuição previdenciária e incorporando-os ao orçamento global da União.¹³

O setor privado contratado, que no primeiro momento da transição ficou meio atônito, não se mobilizou nem desenvolveu ações de influência para a ocupação de espaços institucionais, pois imaginava manter seus esquemas de beneficiamento anteriores, através das suas relações de clientela com a burocracia e os altos escalões previdenciários. Também em relação à 8ª. CNS, a Federação Brasileira de Hospitais —FBH¹⁴ e as associações estaduais, bem como a Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde —Fenaess,¹⁵ não participaram, alegando que a Conferência era um jogo de cartas marcadas, pois não obtiveram a representação de delegados solicitada. Todos os dirigentes de entidades foram unânimes em afirmar que as decisões principais já estavam tomadas e, inclusive, o relatório final já estava escrito antes mesmo de os trabalhos haverem começado (Mansur José Mansur, entrevista, 1993).

Diante da representação inexpressiva que lhes caberia, optaram pela realização do I Congresso de Entidades Não-Governamentais do Setor Saúde:

"Este foi organizado pela Fenaess, FBH e Abramge com o objetivo de reafirmar a importância dos serviços de saúde não-governamentais a despeito de inúmeras pressões do INAMPS e como uma resposta à altura contra as conclusões da 8ª. CNS, na qual

manifestantes previamente escolhidos apoiaram a idéia preestabelecida da estatização da medicina e da assistência hospitalar no Brasil" (Cohn, Marsiglia e Barata, 1990).

Só a partir da Comissão Nacional de Reforma Sanitária —CNRS, formada depois da 8ª. CNS enquanto fórum de transição entre esta e a Constituinte, é que esses setores resolveram participar; contudo, já era tarde. Muitos dos princípios já estavam consolidados e o que se viu foi uma postura quase desesperada da FBH, no sentido de arregimentar fundos entre seus associados para tentar estruturar um *lobby* para a Constituinte, por entender tardiamente a importância da organização de uma base parlamentar que defendesse seus interesses.¹⁶

O SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE —SUDS: UMA FORMA DE SOBREVIVÊNCIA POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL —MPAS

Com a legitimação da proposta de unificação do Sistema Nacional de Saúde alcançada na 8ª. CNS, o INAMPS e o MPAS se vêem numa situação no mínimo incômoda, pois o argumento utilizado por eles da inexistência de legitimidade não possuía mais sustentação. Entretanto, a rearticulação do setor privado a partir da CNRS, a progressiva "direitização" do governo da transição e as constantes ameaças de substituição dos principais líderes da reforma, principalmente a partir da segunda metade do governo Sarney, trouxeram o risco de as recomendações da 8ª. CNS não saírem do papel, vindo a ser mais uma proposta de reforma a ser engavetada.

O Ministério da Previdência constata, então, a impropriedade de atrelar à Constituinte as mudanças necessárias ao setor, apontando para a alternativa de se aproveitar o espaço já alcançado no Executivo e partir para uma estratégia intermediária, chamada também de "estratégia-ponte" (Paim, 1990). Segundo Cordeiro,

"[...] era necessário ir adiante. [...]. Certamente, a trincheira legislativa vinculada ao campo de ação da Assembléia Nacional Constituinte e do Congresso Nacional era fundamental para se inscreverem os princípios básicos da reforma sanitária na nova Constituição. [...]. De forma simultânea, era necessário desenvolver ações institucionais que levassem à prática essas propostas" (Cordeiro, 1991, p. 93).

O argumento central era o da necessidade de conquistar todo apoio possível às mudanças com ações administrativas e institucionais que implicassem melhorias objetivas na organização dos serviços e no atendimento à população, uma vez que as Ações Integradas de Saúde —AIS, embora tivessem viabilizado a expansão da capacidade instalada da rede pública, sobretudo ambulatorial, proporcionando êxitos localizados em alguns municípios, não foram capazes de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório em âmbito federal.

Cabe destacar que a implantação dessa estratégia-ponte se deu em um contexto de relativa reativação econômica, quando as receitas previdenciárias cresceram de forma significativa, crescimento este decorrente das políticas de saneamento da Previdência desenvolvidas ainda na gestão de Waldir Pires e da conjuntura favorável do Plano Cruzado, quando houve uma elevação dos salários reais, proporcionando um aumento nos recursos da Previdência.

Isso fez com que o MPAS adotasse algumas medidas no sentido de diminuir as possíveis resistências e oposições às mudanças, e que procuravam contemplar parcialmente os interesses dos atores que seriam afetados por elas, ao mesmo tempo que visavam criar uma coalizão de apoio junto àqueles que teriam seu espaço de atuação aumentado.¹⁷ De certa forma, pavimentava-se o terreno para viabilizar a mudança pretendida. Com essas medidas, formaram-se três campos potenciais de aliança: dos governadores e secretários estaduais de Saúde; dos prestadores de serviço de saúde em áreas de alto custo; e das Santas Casas de Misericórdia.¹⁸ Ficou isolado, em outro extremo, o grande beneficiário do

modelo centralizador anterior e, por isso mesmo, inimigo número um da reforma, que eram os setores contratados de baixo custo. Portanto, houve um fracionamento do setor privado com essas alianças pontuais e uma conseqüente fragilização.

Valendo-se da sua situação privilegiada em controlar o caixa da Previdência e da sua influência política junto ao presidente Sarney, o ministro Raphael de Almeida Magalhães¹⁹ obtém o apoio de Roberto Santos, novo ministro da Saúde, e de Jorge Bornhausen, ministro da Educação, no sentido de assinar a Exposição de Motivos de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde —SUDS. Assim, em 20 de julho de 1987, pelo Decreto nº. 94.657, o presidente da República cria o SUDS (Ministério da Saúde, 1987).

Com o SUDS, o INAMPS perde o seu papel de prestador de serviços, passando a ser um órgão eminentemente controlador e co-financiador do sistema. Por este motivo, a estrutura do INAMPS deveria ser racionalizada, objetivando proporcionar mais agilidade e eficiência à nova estrutura administrativa. A responsabilidade pela prestação de serviços, de forma descentralizada, assim como as funções de planejamento, ficaria com os estados e municípios. A universalidade, juntamente com os outros princípios da reforma sanitária — integralidade, hierarquização, regionalização, resolubilidade, controle social —também são incorporados, porém, a ênfase maior do SUDS recaía sobre a descentralização.

A implantação do SUDS realizou-se mediante convênios com os governos estaduais. Tais convênios assumiram formas variadas, proporcionando níveis diferenciados de transferências e funções. Por mais que se utilizassem os argumentos sedutores de uma maior transferência de recursos para os estados, via convênio SUDS, vários governadores e secretários de Saúde resistiram muito em assiná-lo. Um bom exemplo foi o governo de Pernambuco. Segundo o ministro Raphael de Almeida Magalhães, por mais que se garantisse a continuidade do processo, uma vez que foi estabelecido via decreto presidencial, "o Arraes não quis fazer de jeito nenhum. O secretário de Saúde de Pernambuco era um velho médico pessoal do Arraes e este disse que enquanto eu estivesse no Ministério ele faria, mas depois que eu fosse embora ele desistiria porque não poderia ficar com encargos que não pudesse atender [...]" (Magalhães, entrevista, 1992).

No entanto, o SUDS sofreu fortes críticas de um amplo leque de forças sociais, tanto de setores à esquerda do Ministério da Saúde, quanto de setores da medicina conveniada e contratada, dependentes do Estado, que eram representados pela FBH.

Para os setores reformistas instalados no Ministério da Saúde, o SUDS nada mais foi do que a última tentativa de sobrevivência política do INAMPS e do MPAS:

"[...] o SUDS foi um projeto de começar a descentralizar, antes que a Constituinte previsse um projeto de reforma administrativa. Era uma forma de ainda sobreviverem no poder. Como eles sabiam que o modelo de previdência, tal como estava, não tinha saída, e que este caminharia para o Sistema Único, eles lutam por uma reforma por dentro, numa tentativa de modernização do INAMPS, já com a descentralização e a municipalização" (Arouca, entrevista, 1992).

Mais enfático ainda em suas críticas ao SUDS foi Rodrigues, ao afirmar que

"[...] embora a gente tenha feito um pacto de não-agressão, eu acho que a implementação do SUDS foi muito desastrosa, principalmente porque foi pouco negociada, pouco pactuada; ela foi apenas um pacto entre o ministro, o secretário e os governadores que estavam sendo eleitos sem dinheiro. Assim o Raphael foi lá e oferecia tudo, dinheiro etc. e tal. Desta forma, foi um pacto por cima, este sim, por cima mesmo, não foi negociado internamente. Para mim a experiência SUDS foi um desastre por não ter conseguido mostrar benefícios e ter sido muito atabalhoada, evidenciando uma desorganização do setor saúde naquele momento. Talvez em outro momento tivesse sido diferente, mas acontece que naquele momento nós estávamos tentando vender a proposta do Sistema

Único de Saúde e, em vez disso, o INAMPS vendeu o SUDS como se fosse o SUS. Tanto perante a população como perante os políticos, o SUDS era identificado como o SUS, por isso houve um desgaste muito grande da idéia do SUS (Rodrigues Neto, entrevista, 1992)."

Esta perspectiva também é corroborada por Carlos Santana, ex-ministro da Saúde, quando afirma que "o SUDS é uma espécie de desvio do caminho do SUS, cuja retomada só se fez, evidentemente, depois. Porque o SUDS, como foi desencadeado, antes ainda da Constituinte, ficou marcado como sendo de estadualização e não de municipalização" (Santana, entrevista, 1993).

Só posteriormente é que alguns segmentos do movimento sanitário, localizados no Ministério da Saúde, vieram a perceber a importância de as transformações serem encaminhadas também via Executivo, quando reconheceram que o SUDS foi um avanço. Porém, há a ressalva de que este não deve ser confundido com a reforma sanitária, "mas deve ser visto como uma estratégia parcial, um processo dentro do que já é possível na inexistência ainda da nova Constituição e do Sistema Único de Saúde" (*Proposta*, 1987a, p. 12).

Já os setores mais à esquerda, que não ocupavam cargos no governo da transição, justificavam sua postura crítica ao SUDS por entenderem que

"[...] o problema do SUDS era que ele padecia dos mesmos pecados da transição conciliadora. Era um sistema que tinha idéias até interessantes, como começar uma certa descentralização da gestão de recursos, mas parou tudo nas mãos dos governadores. Passou a haver um império dos secretários de Saúde dos estados em relação aos recursos da saúde; antes era concentrado em Brasília. É verdade que houve um avanço porque em vez de só em Brasília, passaram a existir 25 pólos, mas estes eram impermeáveis. Os secretários de Saúde se transformaram em verdadeiros imperadores da saúde em seus estados e quiseram inclusive fazer disto um trampolim político, porque a grande maioria se lançou para governador e para deputado federal. [...]. Então, o SUDS foi uma idéia interessante que continha o princípio da descentralização, que é um dos princípios necessários da reforma sanitária, mas que afundou no conto da transição conciliadora" (Jorge, entrevista, 1992).

Para os setores reformistas do MPAS que promoveram o SUDS, essa oposição dos partidos "ditos de esquerda" ocorria por conta das vinculações corporativas que os partidos mantinham com a burocracia previdenciária. Embora as razões alegadas de que o SUDS iria preservar os interesses escusos do setor privado e de que o SUDS não tinha legitimidade, pois se antecipava às decisões do processo constituinte, por outro lado, "lideranças desses mesmos partidos no plano da política sindical não hesitavam em mobilizar a burocracia previdenciária para evitar que os interesses corporativos dos trabalhadores fossem afetados, o que ocorreria de forma inevitável com a estadualização" (Silva, 1992, p. 134).

O setor privado contratado —certamente o grande derrotado pela estratégia do SUDS, uma vez que teve de se rearticular no plano estadual, pois estava acostumado às negociações centralizadas no INAMPS —posicionou-se, logo de início, frontalmente contrário à implementação do SUDS. Defendia a manutenção das AIS em função de elas ainda preservarem um controle coordenado, hierarquizado e centralizado no INAMPS. Este setor, por ser dependente dos recursos públicos, torna-se o exemplo paradigmático das políticas distributivas na área de saúde, no sentido de obter uma parcela cada vez maior do orçamento.

Pelo lado da FBH, dizia-se,

"[...] que não se pode dar, de uma hora para outra, o controle para o povo... mandamos para o município e o povo vai controlar; isto é balela, isto é coisa de quem não nasceu no

interior. Quem é do interior sabe que não é assim; quem manda é o prefeito e acabou. Quem escolhe o Conselho é o prefeito. Com a descentralização, quem são os fraudadores do sistema hoje? É o governo. Hoje quem fraudava mais não é o contratado, não é o filantrópico, é o governo, é o município que está fraudando" (Mansur, entrevista, 1993).

Esta declaração expressa claramente que o setor privado contratado perdeu, por conta da descentralização, os benefícios que caracterizavam suas relações anteriores de clientela com o INAMPS. Com o SUDS, houve um deslocamento do eixo de decisão, o que significa dizer que, além de discutir com o ministro da Previdência e com o presidente do INAMPS, a FBH teria de negociar com mais 27 Secretarias Estaduais de Saúde e com mais de quatro mil secretários municipais, ou seja, com o SUDS o jogo foi completamente desarticulado. Restava-lhe agora mudar o foco das suas gestões no plano federal, deslocando-o para o âmbito estadual, em razão de serem os estados os detentores das cotas de Autorização de Internação Hospitalar —AIH e responsáveis imediatos pela liberação dos pagamentos. A principal estratégia utilizada pela Fenaess e pela FBH era a denúncia da desorganização e do atabalhoamento do processo de implantação do SUDS como forma de deslegitimá-lo perante a opinião pública.

Em relação à medicina supletiva²⁰ ou autônoma do setor público, o SUDS proporcionou,²¹ na opinião do presidente da Abramge, uma ampliação do seu mercado, em razão da maior procura da população pela medicina de grupo, cooperativas médicas e outras alternativas —como exemplo, os sindicatos de trabalhadores aumentaram a demanda por convênios com empresas médicas. Mesmo reconhecendo um incremento de sua demanda, a medicina supletiva assume uma postura de indiferença com relação ao SUDS. Entretanto, percebe-se nas entrelinhas de seu discurso uma posição de defesa do Sistema ao afirmar que "a proposta é racional e a descentralização é positiva".

Já a União dos Médicos —Unimed²² se manifestou muito pouco em relação ao SUDS, apenas expressando uma preocupação com os rumos da descentralização, principalmente no que se refere aos destinos não muito precisos e não controlados dos recursos dos convênios quando estes chegam às mãos dos prefeitos, ou seja, quanto aos riscos da "prefeiturização".

Na realidade, para a medicina supletiva, por ser independente dos recursos do INAMPS, quanto menor a presença de um Estado centralizador e regulador, melhor. Trata-se do exemplo mais claro de políticas auto-regulatórias no setor saúde. Este setor só se sente ameaçado em duas situações: primeiro, quando aparecem na arena política concepções de estatização da saúde, pois estas questionam sua própria existência; segundo, quando surgem propostas que tentam impedir que a população desconte os serviços prestados no Imposto de Renda.

Um outro obstáculo importante a ser considerado na implantação do SUDS foi a resistência da corporação de funcionários do INAMPS a se transferir para os estados e municípios. Essa transferência era vista como um desprestígio, já que o funcionário federal passava a ser estadual ou municipal, perdendo, dessa forma, seu *status* de funcionário público federal. Tal resistência não diminuiu, mesmo com as garantias de que não haveria perdas salariais.

O desenvolvimento dos convênios SUDS prejudicou inclusive os interesses da própria Presidência da República. Com o SUDS, o repasse de recursos começou progressivamente a fugir do controle do presidente Sarney, passando diretamente para alguns governos estaduais que, naquele momento, já se posicionavam contra o seu governo, colocando em risco sua estratégia clientelista de "é dando que se recebe", de cooptação de políticos para a sustentação de mais um ano de mandato presidencial.²³

Dessa forma, ao ensejar uma profunda alteração nos interesses tradicionalmente organizados no setor saúde, o SUDS sofreu inúmeras formas de pressão no sentido de desarticular esse processo. É preciso que se leve em conta que, no início da transição,

dada a situação incomum que acabou por levar José Sarney a ocupar a presidência da República, ele não tinha um projeto definido, ficando nos primeiros momentos atado aos compromissos assumidos por Tancredo Neves. Contudo, progressivamente o governo Sarney foi se envolvendo em um processo de "direitização", no qual lentamente as identidades conservadoras foram ganhando consistência, e criando importantes obstáculos ao projeto reformista. É como se tivesse havido, a partir do segundo ano de governo, uma reaglutinação das forças remanescentes do regime militar que formaram o PFL e que, ao apoiarem a chapa Tancredo/Sarney no Colégio Eleitoral, passaram progressivamente a ter o controle do governo e do sistema de poder. Isso tudo fez com que a transição se desenrolasse dentro de limites muito estreitos, principalmente sob o ponto de vista das políticas sociais.

Com o aprofundamento desses conflitos, um processo de derrota progressiva do projeto reformista na área de saúde vai tendo lugar com a saída dos principais líderes da reforma dos postos-chave nos Ministérios da Saúde e da Previdência. Algumas avaliações *ex post* de alguns desses líderes assumem um tom de autocrítica, como por exemplo, Arouca, que diz textualmente:

"É, perdemos. Acho que não se soube ter uma política para entender a dinâmica daquele processo e talvez até tivéssemos dado uma velocidade de transformação a ele que aquela composição de forças não sustentava. [...]. Nós começamos perdendo a briga na política da condução do projeto do país; nós não perdemos dentro da área de saúde, nós perdemos fora dela" (Arouca, entrevista, 1993).

Contudo, mesmo com a saída dos principais líderes da reforma, não ocorreu o retrocesso do SUDS, pois os convênios foram mantidos com os governos estaduais e alguns deles até ampliados, principalmente pela força dos governadores e dos secretários de Saúde dos estados, organizados através do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde — Conass, uma vez que ambos os atores tiveram condições de mobilizar uma força parlamentar que funcionou como um cordão de proteção contra as investidas conservadoras do governo Sarney.

Ao sair da presidência do INAMPS, no dia 8 de março de 1988, Hésio Cordeiro afirma que "a reforma sanitária é irreversível... conseguiu-se pela primeira vez no país, nos últimos trinta anos, fazer uma política de saúde sair efetivamente do papel. O SUDS é a maior revolução no setor saúde já ocorrido no Brasil" (*Proposta*, 1988, p. 8). Assim, o movimento sanitário ainda pôde chegar com fôlego na Constituinte para tentar garantir e/ou ampliar as conquistas já alcançadas.

Com a saída de Hésio Cordeiro, procurou-se garantir a continuidade da gestão do INAMPS a partir de uma lista de nomes que foi sugerida ao presidente Sarney, que, contudo, a ignorou. O presidente escolheu para o cargo um médico do Maranhão ligado à sua família e funcionário do MPAS: José Ribamar Pinto Serrão. Esta nomeação mostra o quanto interessava ao presidente ter uma pessoa de sua confiança presidindo o INAMPS, principalmente no momento em que o Congresso Nacional iria decidir sobre a extensão do mandato presidencial, o que daria mais um ano a Sarney.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE —SUS

Ao mesmo tempo que se desenvolveu, no ano de 1987, no âmbito do Executivo, um processo político e administrativo de implantação do SUDS, outro movimento, agora no Poder Legislativo, se deu no sentido de incluir os princípios da reforma sanitária, sintetizados no relatório final da 8ª. CNS, na nova Constituição brasileira.

De modo geral, pode-se afirmar que existiram três grandes áreas de interesse que se organizaram durante a Constituinte no que diz respeito ao setor saúde. A primeira, representada pela coalizão reformista, reunia os setores do movimento sanitário que forjaram uma aliança com os parlamentares progressistas pertencentes ao PMDB, PSDB,

PT, PCB, PDT e PCdoB. Esta coalizão elegeu como sua carta de navegação as recomendações constantes do relatório final da 8ª. CNS e as resoluções da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Além dos partidos políticos, essa aliança foi ampliada com o apoio do movimento sindical e de alguns setores do movimento popular que também defendiam as bandeiras do Sistema Único de Saúde.

A segunda área de interesse que se organizou na Constituinte foi formada pelo setor privado dependente do Estado, prestador de serviços ao setor público, através de suas entidades Fenaess e FBH que, ao longo do processo constituinte, estabeleceram um forte *lobby* junto aos setores mais conservadores do PMDB, PTB, PDS e PFL ou, mais especificamente, junto aos parlamentares que vieram a constituir o denominado "Centrão". Defendiam a livre iniciativa da produção de bens e serviços de saúde e o relaxamento dos mecanismos de regulação estatal, sem, contudo, abrir mão dos recursos públicos. Posicionavam-se contra a universalização do atendimento, defendendo um sistema mais seletivo, em que o setor público se responsabilizasse pela população de baixa renda.

O terceiro campo de forças que se organizou na Constituinte foi composto pelos setores privados autônomos do Estado, formando o chamado subsistema privado de atenção médica supletiva. Embora durante a Constituinte tivessem desenvolvido alianças com o setor privado dependente, sua grande preocupação era manter a liberdade de ação protegida de qualquer forma de regulação estatal, garantindo, dessa forma, sua total autonomia.

Na opinião do deputado Eduardo Jorge, um dos 22 parlamentares que compuseram a Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente, subcomissão que fez parte da Comissão de Ordem Social na Constituinte, dois fatos objetivos ajudaram a viabilizar a proposta do movimento sanitário no seu início. O primeiro foi que, embora fragilizado com sua saída dos espaços institucionais do governo Sarney, o movimento sanitário entrou na Constituinte com uma proposta a ser disputada, diferentemente do setor privado, que entrou enfraquecido. Segundo Eduardo Jorge "eles não tinham uma proposta, ficaram completamente a reboque tentando ir contra as nossas propostas numa posição conservadora, numa posição de defesa, enquanto nós tínhamos uma proposta global, uma proposta ofensiva." Em segundo lugar, complementa Jorge,

"[...] quando houve a distribuição de deputados pelas várias comissões, os setores mais conservadores priorizaram a área econômica, a área da agricultura [...]. A área dita social, envolvendo saúde, previdência, assistência social, relações de trabalho, minorias, não foi priorizada pelos setores conservadores, e aí, a composição das comissões e subcomissões da ordem social ficou artificialmente favorável ao arco de aliança de centro para a esquerda. Então nós nos valem disso também para avançar nossas propostas e vencer nas subcomissões e comissões, e depois nos sustentar com esse patrimônio que nós havíamos acumulado nas subcomissões e comissão de ordem social para podermos enfrentar as outras fases da Constituinte" (Eduardo Jorge, entrevista, 1992).

Este parece ter sido o veto point²⁴ ou o *veto opportunity* da reforma sanitária brasileira. O fato de esta reforma ter se institucionalizado em uma Assembléia Nacional Constituinte, mesmo em uma conjuntura em que os atores pró-reforma se encontravam em franca minoria, bem como o Executivo apresentava claros sinais de direitização, ofereceu inesperadas oportunidades para a viabilização de um arco de alianças que terminou por favorecer a própria reforma. Assim, esse novo e conjuntural arranjo institucional, ao alterar a correlação de forças entre os atores, redefiniu as alternativas políticas e estabeleceu um novo contexto de fortalecimento da reforma.

Os setores reformistas contavam, ainda, com o respaldo da grande mobilização social alcançada quando da busca de assinaturas à emenda popular que defendia o Sistema Único. Embora outras emendas populares tivessem atingido valores mais expressivos, a da reforma sanitária obteve mais de 54 mil assinaturas e o apoio de 167 entidades da

sociedade civil em todo o território nacional. Essa emenda foi defendida no plenário do Congresso Nacional por Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz.

A estratégia de emendas populares também foi tentada pelo setor privado através de uma circular da Fenaess, que solicitava a seus associados a coleta de assinaturas para a apresentação de emenda defendendo a livre iniciativa na saúde.²⁵ Simultaneamente, foi lançado o Manifesto da Livre Iniciativa do Setor Saúde, quando então teve início a coleta de assinaturas para a apresentação da emenda popular. Esta tentativa, todavia, não obteve o sucesso da emenda popular do movimento sanitário.

A Fenaess partiu, então, para a apresentação, na Subcomissão de Seguridade Social, Saúde e Meio Ambiente, das recomendações do I Congresso Nacional de Saúde das Entidades Não-Governamentais, cujas principais foram: garantia de democratização do Sistema Nacional de Atenção à Saúde com a participação de entidades públicas e privadas; direito do usuário de optar pelo sistema de sua conveniência; participação das entidades não-governamentais no planejamento e gestão em todos os níveis da área de saúde; unificação da coordenação das ações de saúde por um órgão governamental; planejamento centralizado e execução descentralizada das ações de saúde; definição de responsabilidades das entidades participantes do sistema de saúde.

Contudo, mesmo diante dos esforços do setor privado, o texto apresentado pela coalizão reformista foi vencedor na votação da Subcomissão de Seguridade Social, Saúde e Meio Ambiente, assim como na Comissão de Ordem Social, praticamente sem alterações. A avaliação das entidades representantes do setor privado, de certa forma, corroborava a opinião de Eduardo Jorge, ou seja, foi dada maior importância e prioridade a outros temas, como às questões trabalhistas, e, além disso, houve uma prorrogação da sessão de votação, fazendo com que o grupo dos moderados abandonasse a reunião, garantindo a vitória da coalizão reformista.

Por outro lado, é importante lembrar que, embora a coalizão reformista tenha sido vitoriosa nas votações das duas Comissões, ela apresentou fortes dissensões internas. Na realidade, o que ocorreu foi uma espécie de reprodução dos conflitos, vivenciados durante toda a transição, entre os setores reformistas que ocuparam o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência. De um lado, ficaram os que faziam parte do Ministério da Previdência, com uma maior inserção no PMDB, defendendo a criação do Ministério da Seguridade Social, com suas implicações administrativas e financeiras na operacionalização integrada das três áreas —previdência, saúde e assistência social; do outro, os setores que integravam o Ministério da Saúde, defendendo a criação da proposta original do movimento sanitário —a defesa de um Ministério da Saúde forte, com o comando único das ações de saúde, tanto individuais como coletivas, com um orçamento próprio e autônomo em relação às outras áreas sociais.

Quanto à questão do financiamento, o senador Almir Gabriel (PMDB-PA), relator da Comissão de Ordem Social, sugere, no anteprojeto, a criação de um Fundo Único de Seguridade, no qual estaria incluída a verba para a Saúde. O relator defendia sua proposta com a seguinte argumentação:

"Não se pode tratar de nossa população, em especial atenção para o grande grupo que vive à margem do desenvolvimento econômico e social, tendo uma visão setorializada. [...]. É necessário ter uma visão global, evitando a grave situação que até hoje tem sido mantida na administração brasileira, onde se trata de especificidades, esquecendo-se as correlações, interfaces e necessidades de integração com outros setores" (

Proposta

, 1987a).

A defesa do Fundo Único de Saúde coube ao deputado Carlos Mosconi (PMDB-MG), relator da Subcomissão de Seguridade Social, Saúde e Meio Ambiente na Constituinte, e ao ex-ministro da Saúde, Carlos Santana, que naquele momento era deputado federal pelo PMDB-BA e líder do governo na Câmara dos Deputados. O principal receio dessa proposta era de que mais uma vez a Saúde viesse a ser prejudicada por não ter claro o montante e a origem de seus recursos. Nessa linha de raciocínio, argumentava Carlos Santana, "a saúde tem sido sempre preterida desde muito tempo, e nós continuamos com o receio bem fundado de que se for colocada numa espécie de 'bolão' de um Fundo de Seguridade social, mais uma vez o setor fique preterido" (*Proposta*, 1987a, p. 3).

A proposta que saiu vencedora pode ser compreendida como uma combinação das duas anteriores, ou seja, foi aprovado o comando único, com um Ministério da Saúde forte e descentralizado, que controlava a assistência individual e coletiva, com autonomia política e administrativa. Por outro lado, esse Ministério ficou carente de autonomia financeira, uma vez que também foi aprovado o Fundo de Seguridade Social e não o Fundo Único de Saúde, como originalmente defendiam os sanitaristas.

Embora o discurso dos sanitaristas mostrasse que a idéia de seguridade proposta pelo Ministério da Previdência era mais avançada, e coerente com uma concepção mais ampla de cidadania, na realidade, os sanitaristas, por não contarem com uma correlação de forças favorável, "foram convencidos" a abrir mão de sua proposta corporativa de fundo único e autônomo, por ter sido definido que um patamar de 30% do Fundo de Seguridade seria destinado à Saúde.

Uma outra questão que poderia ter gerado muitos conflitos entre os setores de esquerda na Constituinte diz respeito à natureza do sistema, ou seja, se deveria ou não ser estatizado, uma vez que a resolução da 8ª. CNS, que foi levada à Constituinte prescrevia que o movimento sanitarista iria lutar por uma estatização progressiva. Contudo, não houve grandes conflitos, pois a avaliação que os setores reformistas fizeram, de forma consensual, foi a de que com a correlação de forças existente na Constituinte e na sociedade, naquele momento, não seria possível defender aquela proposta. Para se ter uma idéia da resistência que esta acarretaria, ela foi um dos poucos temas que aglutinou todas as entidades do setor privado na tentativa de bloquear qualquer pensamento estatizante e, ao mesmo tempo, na defesa da promoção do pluralismo de sistemas médico-assistenciais.

Segundo Eduardo Jorge, que representava o PT, um dos partidos que defenderam a "estatização já" na 8ª. CNS,

"[...] o arco de alianças de centro para a esquerda, chegou à conclusão de que a estatização já, ou de forma progressiva, eram inviáveis. Elas não seriam aprovadas na Constituinte nem havia correlação de forças na sociedade para bancar essa proposta. E hoje, inclusive, eu nem sei se era a mais correta. Então, naquela ocasião, houve uma posição política correta de que não haveria estatização nem já nem progressiva. Haveria um fortalecimento do setor público, uma priorização do setor público, no sentido de que ele fosse mais eficiente, tivesse prioridade nos recebimentos dos recursos, mas admitindo a possibilidade de convivência com o setor privado" (Jorge, entrevista, 1992).

No momento em que a coalizão reformista abriu mão de defender a estatização do sistema de saúde, as disputas com o setor privado passaram a ter como foco as relações deste com o setor público. Para o setor privado autônomo, já teria sido alcançado seu principal objetivo na Constituinte, que era garantir sua existência sem a regulação do Estado.

Já o setor privado prestador de serviços ao Estado defendia que os contratos se baseassem nas normas do direito privado e que não houvesse destinação exclusiva de verbas públicas para o setor público. Porém, a proposta vencedora no acordo final foi a afirmação do caráter complementar da participação dos serviços privados no Sistema Único de Saúde, estabelecido mediante contrato de direito público ou de convênio com

entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Também foi vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas. Entretanto, na avaliação da FBH, "estas questões deverão ser objeto de lutas futuras para torná-las sem efeito". Foi proibida, igualmente, a comercialização, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, bem como de tecidos e órgãos.

Porém, a maior derrota do setor privado contratado na Constituinte foi a aprovação do princípio da universalização do acesso de toda a população, independentemente de ser ou não contribuinte do sistema. Como afirmado anteriormente, com a universalização, o setor privado dependente, além de ter de disputar os recursos previdenciários já escassos com os estados e municípios, passaria agora a ter uma importante sobrecarga de demanda de atendimento. Porém, a argumentação que fundamentava a postura crítica da FBH em relação à universalização não era esta; ela optou por questionar a universalização por não terem sido definidas fontes alternativas de custeio.

Para Roberto Jeferson, deputado federal pelo PTB-RJ, que foi um contumaz interlocutor e representante do setor privado contratado no Congresso Constituinte,

"[...] saúde, direito de todos, dever do Estado; previdência, direito de todos, dever do Estado. Isto é bonito! Porém, isto é fazer reverência com o chapéu dos outros. Nós temos no Brasil 40 milhões de pessoas economicamente ativas; destes 40 milhões, 27 milhões são trabalhadores pagando, e 13 milhões de aposentados usufruindo. Este é um sistema ainda mutualista. Porém, o que foi que fez a Constituinte? Pegou os recursos de 40 milhões, que na realidade são 27 e estendeu para o usufruto de 160 milhões de pessoas sem acrescentar nem mais um centavo. Os recursos da seguridade ainda são formados por 85% da folha de pagamento, mais 7,6% de Finsocial, mais 4% de contribuição sobre o lucro e o restante de concurso de prognóstico. Então para que se quadruplicasse o atendimento da Seguridade Social, que antes era a Previdência Social, se injetou 15% de recursos. Isto é bonito!".

E acrescentava:

"Então, digo mais uma vez, isto é fazer reverência com o chapéu dos outros. Pois, pegamos um bolo do qual 40 milhões de pessoas comiam, pusemos meia gema de ovo, uma pitadinha de fermento, uma colherzinha de trigo, e mandamos 160 milhões de pessoas comerem. O que aconteceu? Cada um está comendo uma ninharia, um farelinho. Esculhambaram com a Seguridade Social. Em vez de nós lutarmos para abrir o Tesouro para fazer a reforma sanitária, nós usamos o recurso que estava mais à nossa mão, que foi o recurso do trabalhador. Nós fomos fracos por não termos enfrentado o Estado naquela hora. Desta forma, nós claudicamos na hora de discutir a fonte de custeio. Então nós usamos o caixa disponível. Qual era o caixa fácil de se ter acesso? Era o caixa da Previdência Social. Então, a seguridade, que é dever do Estado, está sendo feita com o dinheiro do trabalhador, pois a previdência não é do Estado, é do trabalhador. É uma espécie de seguro. Não se pode dispor da previdência como imposto, porque não é imposto; contribuição do trabalhador na forma de seguro de previdência social não, mas, como era mais fácil..." (Jeferson, entrevista, 1992).

Mesmo diante da não-definição de novas fontes de financiamento, a universalização foi aprovada. Todavia, é importante salientar que o setor privado contratado não somente acumulou derrotas no processo constituinte —seus membros, assim como os sanitaristas, saíram cantando vitória. Este fato se deu em função de o texto final ter saído de um grande consenso, do qual participaram todos os setores envolvidos.

Do ponto de vista do setor privado, a afirmação de vitória "baseia-se nas modificações obtidas nos artigos 230 e 231. No primeiro substituiu-se a atribuição *exclusiva* do Estado na execução das ações pela possibilidade de ela ser feita através de terceiros mediante contratos e convênios. No segundo, conseguiu-se que o Sistema *Único* de Saúde incluísse apenas os serviços públicos, excluindo assim o perigo de se considerarem os serviços

privados como concessionários" (Cohn, 1989). O sentimento do setor privado pode ser resumido na seguinte frase: o texto constitucional não é o ideal, mas salvou-se a medicina liberal.

Pelo lado da coalizão reformista, na opinião dos setores envolvidos com o projeto de implantação da reforma sanitária, o texto final da Constituição, apesar de não representar a proposta original do movimento sanitário, expressou um avanço considerável por ter contemplado as principais propostas por ele defendidas, reconhecendo que a nova Constituição abriu grandes perspectivas e caminhos para o sucesso e a vitória desse projeto, principalmente na luta política contra a alternativa neoliberal.

O FILHO NÃO DESEJADO DA REFORMA SANITÁRIA

Como assinalado no início, duas propostas se colocaram enquanto alternativas ao malogro e à estagnação do padrão de política de saúde, conhecido como modelo médico-assistencial "privatista", característico do regime autoritário. Até aqui, analisei os desdobramentos político-institucionais da primeira alternativa denominada reforma sanitária. Cabe agora analisar a segunda delas, o projeto neoliberal para o setor saúde no Brasil.

As sociedades latino-americanas, recém-saídas de autoritarismos modernizantes, vêm se transformando em um grande laboratório de experiências neoliberais. Nessa onda liberalizante, a interferência do Estado passou a ser vista como responsável pelo desempenho insatisfatório da economia, assim como por todas as mazelas sociais — corrupção política, clientelismo, ineficiência burocrática etc. — contribuindo dessa forma para reforçar a difusão de uma ideologia antiestatal, enfraquecendo a capacidade do Estado para regular a economia, além de fortalecer o setor privado.

Diante das graves crises e influenciadas pelas exigências da economia mundial defensoras das políticas de livre mercado advogadas pelo chamado Consenso de Washington, as "novas democracias" têm optado preferencialmente pelas estratégias de estabilização e de ajuste estrutural. Embora na década de 1980 o Brasil não tenha vivenciado propriamente um ajuste dessa natureza, vindo somente a experimentá-lo a partir do início da década de 1990, com o governo Collor, e depois com Itamar Franco, tendo como ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, não se pode negar a existência de uma grande influência dos princípios neoliberais, principalmente no que diz respeito às estratégias de enfrentamento dos problemas referentes às políticas sociais no Brasil.

Os elementos que constituem esse Consenso são compostos de medidas de curto prazo que objetivam a estabilização: política monetária severa, através da diminuição da base monetária e juros altos; equilíbrio das contas públicas a partir de cortes orçamentários com a finalidade de produzir superávits fiscais; superávit na balança comercial tendo em vista acumular reservas internacionais; desindexação total dos preços e salários e cortes nos subsídios, estimulando a liberalização da economia; política de preços e tarifas públicas realista, tendo em vista o autofinanciamento dos setores produtores de bens e serviços estatais.

Além das medidas de estabilização, o Consenso de Washington aponta outras, voltadas para o ajuste estrutural, tais como: profunda reforma do Estado, com a desestatização e privatização de várias atividades públicas, tanto econômicas como sociais; abertura da economia ao mercado mundial no sentido de favorecer a entrada de novos capitais internacionais; redução da carga tributária compatível com as novas necessidades de um Estado mínimo e eficiente; descentralização das ações públicas com o repasse de responsabilidades federais para os níveis locais de governo ou para segmentos sociais organizados; restrição do Estado às tarefas de regulação; focalização e seletividade das políticas sociais, restringindo-as progressivamente aos estratos sociais mais excluídos, ao lado de mecanismos de mercado para os segmentos de média e alta rendas.

Especificamente em relação aos desdobramentos dos princípios neoliberais acerca das políticas sociais, percebe-se que esses princípios estão ancorados em três pilares estratégicos: a privatização, a descentralização e a focalização e sua decorrente segmentação em estratos sociais despossuídos, que deveriam ser objeto da política pública. Todos esses princípios estariam de acordo com as lógicas de eficiência, eficácia e efetividade que a gestão pública alcançaria se estivesse organizada sob um Estado mínimo.

A defesa da privatização baseia-se na busca da eficiência gerencial da gestão pública, por se acreditar que as burocracias e empresas públicas são muito mais ineficientes quando comparadas com o setor privado, que está organizado sob a lógica da agilidade e da produtividade de suas ações, como também sob a lógica da minimalização do Estado, que conformaria o arcabouço adequado a uma economia de mercado. Nesta o Estado só se responsabilizaria pelas ações de estabilização econômica, administração da justiça, defesa nacional e garantia de acesso das populações de baixa renda às ações de baixo custo e de reduzida densidade tecnológica em educação, saúde, alimentação e saneamento básico.

Já a descentralização seria defendida como meio de mitigar os problemas administrativos, uma vez que, ao aproximar as decisões dos usuários de uma certa política, ela teria maiores possibilidades de ser mais eficiente, melhorando, dessa forma, o desempenho do setor público. É a idéia de aperfeiçoar o desempenho pela redução do tempo gasto pelos usuários para poder usufruir os serviços solicitados. A descentralização conduziria, ainda, a um segundo benefício, que seria o alargamento da responsabilidade (Peters, 1992).

Dessa forma, compreender a descentralização apenas como promotora da valorização do espaço público, como historicamente foi defendido pelos setores reformistas, implicaria uma visão parcial do processo, uma vez que, aliados a esses interesses, os setores privados "modernizantes" que comungam do ideário neoliberal se achavam também comprometidos com a defesa da redução da ingerência estatal, pois já não tinham mais a ilusão —como os setores mais conservadores dependentes do Estado— da manutenção de seus mecanismos de acumulação favorecidos pela presença do Estado. Nesse sentido, a descentralização precisa ser entendida como aglutinadora dos múltiplos interesses da sociedade (Pereira, Rezende e Marinho, 1993).

Por último, a focalização, que resulta das dificuldades fiscais dos governos em subsidiarem programas sociais solidários e universalistas. Assim, justifica-se a prioridade no direcionamento das políticas sociais para os estratos de mais baixa renda diante das restrições estruturais e da gestão dos recursos públicos. Essa situação é ainda mais grave em países como o Brasil, onde existem crescentes dificuldades de financiamento em função da estreiteza relativa das bases de arrecadação decorrentes da enorme desproporção entre o número de trabalhadores integrados no segmento formal do mercado de trabalho —que ainda continuam sendo os reais contribuintes dos programas sociais— e a imensa maioria de excluídos, atirados à própria sorte no mercado informal, mas sendo também usuários em potencial do sistema de proteção universal.

Esses três pilares que conformam a agenda neoliberal em relação à política social marcam claramente o perfil da política de saúde desenvolvida no Brasil durante a década de 1980. Em que pese a reforma sanitária estar sendo discutida em vários fóruns institucionais, assim como implementados alguns dos seus princípios fundamentais, essa década é marcada por um vigoroso crescimento do setor privado independente do Estado, representado pelo Subsistema de Atenção Médica Supletiva.

O que se verifica, na realidade, nessa década, é uma explosão nunca antes vista de empresas de seguros de saúde, da chamada medicina de grupo, das cooperativas médicas e dos exames complementares que, em comunhão, absorveram uma demanda sempre crescente das classes médias, que não estavam mais dispostas a desfrutar de um serviço de péssima qualidade oferecido pelo setor público, vindo dessa forma a "privatizar

pelo afastamento"²⁶ um espaço público garantido através dos princípios universalistas da Constituição de 1988. Por outro lado, o setor público passa a ser o *locus* primordial de atenção médica para a população de baixa renda e excluída.

Para se compreender esse fenômeno, ou seja, como a proposta neoliberal constituiu-se como uma alternativa hegemônica no setor saúde no Brasil, é extremamente útil recorrer ao conceito elaborado por Raymond Boudon acerca dos "efeitos perversos", ou melhor, dos efeitos não antecipados gerados pela agregação dos interesses inter-relacionados no desenvolvimento de uma determinada política, no caso, a da reforma sanitária brasileira.

Entende-se por efeitos perversos, também chamados de efeitos de composição, o fenômeno que é produzido de forma não antecipada, ou não prevista pelos atores envolvidos em uma determinada ação. Segundo Boudon (1979; 1984), pode-se afirmar, sem exagero, que os fenômenos gerados por efeitos perversos são onipresentes na vida social e representam uma das causas fundamentais dos desequilíbrios sociais e da mudança social.

Para este autor, esses efeitos, embora sejam chamados de perversos, podem não ser necessariamente indesejáveis, mas em todo caso não são incluídos nos objetivos explícitos dos atores, destacando assim o fato da não previsibilidade por parte dos atores sociais envolvidos na ação. Esses efeitos, "não explicitamente desejados podem ser positivos, negativos ou ao mesmo tempo positivos e negativos para alguns ou para todos".²⁷

Esta argumentação se sustenta na percepção de que a solidariedade universalista, presente no movimento da reforma sanitária que originou o Sistema Único de Saúde, principalmente através do seu princípio de universalização, se desenvolveu em um contexto de crise fiscal profunda, no qual as políticas sociais operavam em um *locus* extremamente congestionado, em que qualquer tentativa de implantação de uma nova política se chocava com compromissos previamente assumidos. Na realidade, a universalização trouxe novas responsabilidades financeiras para um Estado já com sérias dificuldades de reversão do quadro social gerado no período autoritário e ainda agravado pela crise econômica.

A universalização das políticas de saúde, traduzida na homogeneidade de acesso e cobertura a toda a população brasileira, por não ter sido acompanhada da definição das fontes de financiamento compatíveis com o seu desdobramento, passa a ser substituída, inclusive como valor, pela natureza mais representativa e democrática das escolhas possíveis aos mais necessitados, não só quanto aos gastos a serem realizados, como também em torno das prioridades a serem implementadas e sacrificadas em um quadro de recursos escassos. Essa situação pode ser mais bem ilustrada a partir do conceito de "escolha trágica".²⁸ Nela, o decisor tem de definir quem sofrerá um dano irreparável entre um conjunto de atores, pois em uma situação de restrição de recursos não haveria política alternativa que não impusesse privações severas a alguém.

Desse modo, a universalização, em vez de significar uma expansão da cidadania, por não ter definido outras fontes e formas de financiamento²⁹ acabou por reforçar ainda mais a deficiência do setor público de saúde, principalmente no que diz respeito à falta de qualidade dos serviços, vindo assim a fortalecer de forma não intencional a medicina privada supletiva e a própria alternativa neoliberal para o setor. Portanto, a reforma sanitária "deu à luz" um filho por demais indesejado.

O que se verifica na prática é uma reinterpretação do princípio universalista aprovado na Constituição de 1988. Em vez de este princípio funcionar como um mecanismo de inclusão social, na realidade é excludente por incorporar os segmentos mais carentes da população de uma forma discriminatória, ou seja, oferecendo um serviço de péssima qualidade e de baixa tecnologia que se convencionou chamar de "um serviço de pobre para pobres". Já

os segmentos que têm condições de não se submeter a esse tipo de serviço são absorvidos pela medicina supletiva autônoma do Estado.

Contudo, é importante perceber que os segmentos em melhores condições sociais não são excluídos totalmente do sistema público, pois a medicina supletiva não se responsabiliza pela provisão de serviços considerados de alto custo, direcionando esta árdua tarefa para o setor público, onde 40% dos recursos do SUS são canalizados para esses serviços, enquanto um universo extremamente limitado de usuários, da ordem de 3%, desfruta deles (Draibe, 1992).

O setor público, antes de competir com o setor privado, ao atender as expectativas dos setores médios da população, oferecendo um serviço de saúde de boa qualidade, demarca um campo de complementaridade com aquele, uma vez que se responsabiliza, em uma extremidade, pelas demandas populares, oferecendo um serviço "de pobre para pobres", e na outra, pelos serviços de alto custo e especializados que não são cobertos pelos seguros saúde.

Conseqüentemente, o grande vencedor da disputa entre as alternativas ao modelo médico assistencial "privatista", na década de 1980, vem a ser justamente a medicina supletiva autônoma do Estado, que correu por fora de todo o debate da reforma sanitária —AIS, 8ª. CNS, SUDS e SUS —durante quase todo o período, em razão de estar atualmente acumulando, mesmo em uma conjuntura de crise generalizada, os maiores benefícios de sua história e com os menores custos possíveis ao absorver contingentes populacionais cada vez mais crescentes.

Assim, o setor privado de medicina supletiva aposta no insucesso do SUS como estratégia para ampliar seu campo de ação, principalmente diante do insucesso da qualidade do atendimento, fazendo da inação coletiva a alternativa e estratégia maximizadora dos seus benefícios, sendo por isso o *free rider par excellence* de uma reforma sanitária ineficiente e sem recursos. Além do mais, em razão de nunca ter se comprometido abertamente na defesa ou nas críticas exageradas às reformas, não acumula perdas com seu desgaste, deixando esse ônus para o setor público ineficiente e os setores reformistas que foram os seus idealizadores.

Um outro efeito não antecipado que vem se percebendo com mais clareza nos últimos anos é a formação de uma nova aliança entre os setores promotores da reforma³⁰ e o setor privado contratado de baixa tecnologia. Isto, todavia, não se dá de forma tão explícita, pois esses atores, até bem pouco tempo, eram radicalmente antagônicos e inimigos, uma vez que o jogo entre eles sempre foi de "soma zero", ou seja, para que um ganhasse, o outro necessariamente teria de perder.

Essa aliança vem se construindo em defesa do SUS, ou melhor, no sentido da definição de novas fontes de recursos que tenham condições de viabilizá-lo. Mendes (1994) chega a afirmar que esse segmento de baixa tecnologia do subsistema privado conveniado veio progressivamente, a partir da década de 1980, se incorporando ao próprio sistema público por não ter conseguido se modernizar, e o segmento moderno de alta tecnologia vem se incorporando ao Subsistema de Atenção Médica Supletiva.

Hoje é muito comum se encontrar aquele "todo poderoso" setor privado conveniado de baixo custo, o grande inimigo do setor público, alardeado e combatido pelos reformistas no final do regime militar e início da Nova República, a defender abertamente o SUS. Contudo, como lembra Campos, isto ocorre por pura "sobrevivência". Tomando Pernambuco como exemplo,

"[...] quando começamos o governo de Joaquim Francisco, existiam 30% dos leitos dentro do serviço público e 70% na iniciativa privada. Hoje nós temos 55% dos leitos dentro do serviço público e 45% dentro da iniciativa privada. Veja, quem mais perdeu no Brasil? Foi

a Federação Brasileira de Hospitais [...] eles perderam um espaço de trinta e poucos por cento em termos de leito" (Campos, entrevista, 1994).

Este foi, com certeza, o setor que mais perdas acumulou com a reforma sanitária, não só pelo maior controle a que teve de se submeter e diminuição na destinação de verbas públicas,³¹ como pelos constantes atrasos nos pagamentos dos serviços prestados ao setor público.

É preciso ainda ressaltar que a reforma sanitária produziu um terceiro efeito, também não antecipado pelos seus idealizadores. Como foi dito anteriormente, com a saída dos principais líderes da reforma do governo da transição, o Conass assumiu o comando do processo dessa reforma e, com o fim do mandato dos governadores, o Conass cedeu esse comando à entidade que representava os secretários de Saúde dos municípios, o Conasems. A partir daquele momento, a descentralização, que originalmente foi pensada como uma estadualização, vai assumindo uma face mais municipalista.

Esse fenômeno da descentralização, entendida e encaminhada como municipalização, representa, na opinião de alguns sanitaristas,³² um dos grandes equívocos nos rumos da reforma sanitária, uma vez que a marca que vem caracterizando essa municipalização, no que diz respeito à ausência de um planejamento global que proporcione um mínimo de unidade às políticas, é a fragmentação institucional e a quebra de laços nacionais. Como consequência dessa forma desagregada e fragilizada institucionalmente, a descentralização tem sido alvo da influência de interesses locais, na sua grande maioria corporativos e clientelísticos, perdendo cada vez mais o seu poder de encantamento, proporcionando novas frustrações por não conseguir dar resolubilidade às situações-problema da população. Segundo Melo, esse processo pode ser denominado de *neolocalismo*.³³ Essa situação tem proporcionado "repercussões predatórias sobre a cidadania social ao produzir o hobbessianismo municipal", momento em que "a questão social passa a ser resolvida via estratégias de exclusão e *apartheid* social" (Melo, 1993, p. 16).

Essa visão também é reforçada pelos representantes do setor privado contratado ao chamarem a municipalização de "prefeiturização". Segundo Roberto Jeferson,

"[...] em muitos municípios que vêm adquirindo a responsabilidade da assistência à saúde, o prefeito faz caixa único com o dinheiro da Saúde. Eu mesmo conheço vários municípios onde o dinheiro da Saúde está sendo usado para calçamento de rua, para fazer posteamento, para fazer matadouro, uma vez que os Conselhos Municipais são uma farsa, e onde o Prefeito é quem vem escolhendo os seus membros" (Jeferson, entrevista, 1992).

As prefeituras das capitais que tentam fugir do fenômeno do neolocalismo, como, por exemplo, Recife, estruturando Conselhos, fundos municipais, plano municipal etc., acabam por municipalizar somente as ações de saúde coletiva —vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, ambulatórios—, conseguindo, no máximo, oferecer um atendimento à população de baixa renda, pois não dispõem de recursos para municipalizar serviços de maior complexidade, deixando, mais uma vez, que os setores médios da população procurem a única alternativa que lhes resta, a medicina privada supletiva autônoma do Estado.³⁴ Portanto, a forma como vem se dando a municipalização também reforça de modo não intencional o projeto neoliberal para o setor saúde no Brasil.

CONCLUSÃO

Este artigo procurou oferecer uma análise da organização de interesses, do processo decisório e dos efeitos perversos decorrentes das políticas de saúde na década de 1980, principalmente a partir da percepção de como os principais atores que ocuparam os espaços institucionais decisórios no setor saúde entendiam esse processo.

A primeira conclusão a que se chega neste trabalho, é que, com a falência do modelo médico assistencial "privatista", que conformou o perfil de política social do regime autoritário, duas macroestratégias se colocaram enquanto alternativas nesse setor. A primeira, de conteúdo marcadamente solidário e redistributivista, ancorada nos princípios da valorização do espaço público constantes do chamado movimento de reforma sanitária; a segunda, de característica segmentária e privatizante, autônoma do Estado, organizada sob os princípios neoliberais.

A transição democrática, com todas as suas contradições e incertezas, significou um momento ímpar na história das políticas de saúde no Brasil, em razão da abertura de espaços institucionais estratégicos para atores comprometidos com um projeto solidário e democrático, que visavam saldar a imensa dívida que o setor público tinha, e ainda tem, na área da saúde, para com a população brasileira.

Contudo, uma série de efeitos perversos e não antecipados, de natureza variada, proporcionaram tanto restrições de ordem estrutural — crise fiscal do Estado, não definição de novas fontes de financiamento para o setor, universalização excludente etc. —, como de ordem contingente — disputas internas no campo reformista, direitização do governo da transição, perda de espaços institucionais, neolocalismo etc. —, fazendo com que, sob estertores e dificuldades condicionados por essas restrições, uma outra alternativa, segmentária e anti-solidária, se viabilizasse enquanto estratégia hegemônica para o setor saúde na década de 1980.

Como conseqüência desses acontecimentos foi empreendido um perfil, no mínimo paradoxal, às políticas de saúde na década, uma vez que, se de um lado, foram aprovadas no texto constitucional alterações vinculadas a um modelo de *welfare state* institucional-redistributivo concernente aos princípios de cidadania social inspirados nos princípios da reforma sanitária, consolidou-se na vida prática dessas políticas uma tendência de política social de características residuais, segmentárias e focalizadas nos estratos de baixa renda típicas do modelo neoliberal. Conseqüentemente, conclui-se que a reforma sanitária falhou por não cumprir suas metas de efetivação de uma cidadania social na área de saúde.

Nesse sentido, como diz Fiori, frustraram-se os reformistas por acreditarem "que apenas a força das leis e das reformas administrativas seria suficiente para ampliar a cidadania e comprometer o Estado com suas responsabilidades democráticas, liquidando assim, longa dívida social de nossas elites e do poder público com a grande maioria da população" (Fiori, 1991, p. 47).

Contudo, muito mais grave que a frustração dos setores reformistas é o risco de que esta frustração ameace os avanços alcançados na Constituição de 1988, pois estes não conseguiram ainda se desdobrar em efeitos concretos positivos no sentido da resolubilidade das sempre crescentes demandas populacionais. Essa situação tem colocado em xeque a reforma sanitária, uma vez que traz o risco de que novas frustrações acelerem ainda mais as perspectivas de um malogro precipitado das reformas.

O grande desafio para os setores reformistas promotores da reforma sanitária brasileira é encontrar saídas que sejam capazes de desatar o nó crítico que vem alimentando o projeto neoliberal e a conseqüente hegemonia do setor médico-assistencial supletivo, que são a má qualidade, a falta de eficiência e agilidade dos serviços públicos de saúde, ao implementarem no setor público os princípios de boa governança.³⁵

O setor público, mais do que nunca, tem de se mostrar eficiente, ágil e eficaz nas suas ações, pois a falta de efetividade e de qualidade pode representar a morte prematura da reforma. Para dar conta desse enorme desafio, o setor público teria de desenvolver ações que envolvessem, necessariamente, a aplicação de recursos orçamentários em programas sociais urgentes, ainda que não rentáveis sob as óticas empresarial e financeira, necessitando para isso de uma ampla reforma na estrutura tributária brasileira, no sentido de que as políticas sociais não venham mais a depender quase que exclusivamente das

contribuições compulsórias das folhas de salário da população pertencente ao mercado formal de trabalho, fugindo assim do princípio da auto-sustentação financeira.

Todavia, o setor público tem se mostrado impotente para reverter tal situação, uma vez que não vem dando mostras concretas de que possa vir a proporcionar tais resultados positivos. Uma evidência disso pode ser facilmente verificada a partir das inúmeras e constantes denúncias que os meios de comunicação vêm alardeando quase cotidianamente sobre as péssimas condições de atendimento do setor público.

Além da impotência política demonstrada pelo setor público, existem condicionantes de ordem estrutural que revelam um quadro de prognósticos no mínimo reservados para a reversão dessa situação. Para entender a especificidade do quadro brasileiro, cumpre observar que a crise recente do *welfare state* do mundo desenvolvido vem ocorrendo em condições de relativa homogeneidade do espaço econômico-social, o que representa alguma solidariedade entre os indivíduos, facilitando a convergência para uma solução de natureza consensual. Em contrapartida, no Brasil é difícil a manutenção da solidariedade social (Dain, 1994).

Esse quadro vem tomando a forma do que na teoria dos jogos se convencionou chamar de "dilema do prisioneiro",³⁶ no qual os atores, em função da imprevisibilidade e incerteza sempre crescentes em uma conjuntura de crises sucessivas, assumem estratégias não-cooperativas. Dessa forma, a ação coletiva não acontece, em razão de ser bem mais cômodo e confortável para os atores esperar na posição de *free riders* na expectativa de que os outros venham a se empenhar em seu benefício; porém, como todo mundo fica esperando que o outro tome a iniciativa, nada acontece.

Tal situação é particularmente identificada nos setores que fazem parte da medicina supletiva, pois eles atuam com a perspectiva do insucesso do Sistema Único de Saúde e da concomitante ineficiência do setor público como estratégia para viabilizar-se, ou seja, apostam na inação coletiva como ação individual maximizadora de seus benefícios. Já pelo lado do setor público, esse dilema se expressa através da rendição diante dos desafios colocados para a sua reversão.

Esse dilema apresenta, assim, possibilidade de vida longa, uma vez que são observadas características de uma vigorosa e constante reprodução de um processo de retroalimentação, isto é, a universalização excludente, ao expulsar do sistema público os grupos sociais dotados de maior capacidade de vocalização, levando-os a ser absorvidos pela medicina supletiva, contribui ainda mais para arrefecer a opinião crítica das camadas médias que tenham condições de defender um serviço público de melhor qualidade. Assim, instala-se um círculo vicioso: poucos recursos, baixa qualidade, saída dos setores médios, diminuição da capacidade reivindicatória e poucos recursos.

O quadro é ainda mais grave pelo sentimento de esgarçamento da solidariedade social, com a busca sempre individual, e, por isso, hobbesiana,³⁷ da solução de seus problemas, pois os insucessos sucessivos das políticas de solidariedade social desencadearam um incremento dos graus de incerteza dos agentes e atores sociais no que diz respeito às possíveis previsões, fazendo com que esses agentes freqüentemente se comportem de modo adaptativo, no sentido da busca apenas da *satisficing behavior*.³⁸

Em uma conjuntura como esta, de *sauve qui peut*, as estratégias mais prováveis que os atores venham a utilizar para proteger seus interesses são estratégias não-cooperativas, no sentido da maximização dos seus benefícios nos prazos mais curtos e sob os menores custos possíveis, proporcionando um cenário mais do que pessimista para o desenvolvimento de ações coletivas solidárias que tenham condições de reverter o quadro de crise generalizada.

Na realidade, a reforma sanitária pode ser comparada à própria Pandora, uma vez que, como esta, a reforma sanitária também chegou de forma deslumbrante e encantadora,

cheia de dons e de atrativos, afirmando princípios universalizantes e solidários. Contudo, assim como Epimeteu, que se deslumbrou com a aparência de Pandora, os promotores da reforma hipervalorizaram seus benefícios, não antecipando e/ou desconsiderando os custos e os efeitos que uma política dessa envergadura poderiam proporcionar.

Assim como a caixa de Pandora, que através da imprevisibilidade de seu conteúdo trouxe inesperadamente todos os males para a Humanidade, também uma caixa de Pandora se abriu no processo da reforma sanitária brasileira, através de um conjunto de efeitos não-antecipados ou perversos, configurando um quadro de aprofundamento da crise do setor público e contribuindo para o seu próprio fracasso.

Por fim, a mesma esperança que ficou contida no interior da caixa de Pandora, como símbolo de alento para os homens, também representa as expectativas de que o setor público venha a ter condições de reverter o quadro de crise generalizada, dotando-se de capacidade e de qualidade na prestação e oferta de bens e serviços de saúde.

(Recebido para publicação em maio de 1995)

NOTAS:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, Sérgio. (1993), "A Sociologia Política da Inflação", *in Na Corda Bamba, Doze Estudos sobre a Cultura da Inflação*. Rio de Janeiro, Ed. Relume-Dumará.

BOBBIO, Norberto. (1992), *Dicionário de Política*. Brasília, Ed. da UnB.

BOUDON, Raymond. (1979), *Efeitos Perversos e Ordem Social*. Rio de Janeiro, Ed. Zahar.

_____. (1984), *O Lugar da Desordem*. Lisboa, Ed. Gradiva.

COHN, Amélia. (1989), "Caminhos da Reforma Sanitária". *Lua Nova*, nº. 19.

_____, MARSÍGLIA, Regina G. e BARATA, Rita B. (1990), *O Setor Privado e as Políticas de Saúde na Atual Conjuntura Brasileira, 1978-1990*. São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão.

CORDEIRO, Hésio. (1991), *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Ayuri.

DAIN, Sulamis. (1994), Dilemas do Estado diante da Nova Ordem Econômica. Trabalho apresentado no seminário internacional Governabilidade e Pobreza. Iuperj/Urbandata/Universidade de Toronto, Rio de Janeiro, 29 de junho-1º. de julho.

DRAIBE, Sônia. (1992), Brasil: A Reforma do Sistema de Saúde, *Relatório de Pesquisa*. NEPP/Unicamp, Campinas.

FIORI, José Luiz. (1991), Democracia e Reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas. Documento Técnico. Rio de Janeiro, OPS/OMS.

GOUVEIA, A. L. R. (1990), Planos de Assistência Médica, Evolução do Mercado e Tendências. Mimeo.

HESÍODO. (1991), *Os Trabalhos e os Dias —Fim do Século VIII Antes de Cristo*. São Paulo, Ed. Iluminuras.

HIRSCHMAN, Albert. (1992), *De Consumidor a Cidadão. Atividade Privada e Participação na Vida Pública*. São Paulo, Ed. Brasiliense.

IMMERGUT, Ellen M. (1992), "The Rules of the Game: The Logic of Health Policy-Making in France, Switzerland, and Sweden", in S. Steinmo, K. Thelen e F. Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Nova Iorque, Cambridge University Press.

MAINWARING, Scott. (1992), "Transitions to Democracy and Democratic Consolidation: Theoretical and Comparative Issues", in S. Mainwaring, G. O' Donnell e J. S. Valenzuela (eds.), *Issues in Democratic Consolidation*. Notre Dame, University of Notre Dame Press.

MARCH, James e OLSEN, Johan. (1989), *Rediscovering Institutions*. Nova Iorque, Free Press.

MEDICI, André C. (1990a), "A Medicina de Grupo no Brasil". Rio de Janeiro, OPS/OMS.

_____. (1990b), "O Setor Privado Prestador de Saúde no Brasil". *Relatórios Técnicos*, nº. 2, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro.

_____. (1991), "Incentivos Governamentais ao Setor Privado em Saúde no Brasil". *Relatórios Técnicos*, nº. 2, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro.

MELO, Marcus André B. C. de. (1994), *Ingovernabilidade: Desagregando o Argumento*. Trabalho apresentado no seminário internacional Governabilidade e Pobreza. IUPERJ/Urbadata/Universidade de Toronto, Rio de Janeiro, 29 de junho-1º. de julho.

_____. (1993), "Democracia, Neoliberalismo e Mal-Estar Social: A Geometria Política da Nova República". *Agenda de Políticas Públicas*, nº. 4, IUPERJ, Rio de Janeiro.

MENDES, Eugênio V. (1994), "As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia Neoliberal," in *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro/São Paulo, Abrasco/Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1987), *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.

NORTH, Douglas. (1990), *Institutions, Institutional Change, and Economic Performance*. Nova Iorque, Cambridge University Press.

NUNES, Edson. (1992), "Modernização, Desenvolvimento e Serviço Público: Notas sobre a Reforma Administrativa no Brasil". IPEA, São Paulo.

O' DONNELL, Guillermo e SCHMITTER, Philippe. (1986), *Transitions from Authoritarian Rule: Tentative Conclusions about Uncertain Democracies* (4ª. ed.). Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

OLIVEIRA, Jaime A. (1989), "Reforma e Reformismo", in N. do R. Costa (org.), *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Vozes.

PAIM, Jairnilson. (1990), "A Democratização da Saúde e o SUDS: O Caso da Bahia". *Saúde em Debate*, nº. 27.

PEREIRA, Carlos, REZENDE, Flávio e MARINHO, Geraldo. (1993), "Descentralização: Valorização da Esfera Pública?", in *Anais do V Encontro Nacional da ANPUR*. Belo Horizonte.

PETERS, Guy. (1992), "Reorganizando o Governo em uma Era de Contenção e Compromisso". *Dados*, vol. 35, nº. 3.

PROPOSTA, *Jornal da Reforma Sanitária*. (1987a), nº. 4.

_____. (1987b), nº. 5.

_____. (1988), nº. 7.

REVISTA SAÚDE EM DEBATE. (1988), nº. 17.

SALISBURY, Robert H. (1970), "The Analysis of Public Policy: A Search for Theories and Roles", in A. Ranney (ed.), *Political Science and Public Policy*. Chicago, Markham.

SANTOS, Wanderley G. (1982), "Um Novo Paradoxo Mandevilliano: Virtudes Políticas, Vícios Econômicos", in B. Lamounier (org.), *A Ciência Política nos Anos 80*. Brasília, Ed. da UnB.

_____. (1987), "A Trágica Condição da Política Social", in S. H. Abranches, W. G. dos Santos e M. A. Coimbra, *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

_____. (1993), *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro, Ed. Rocco.

SILVA, Pedro L. B. (1990), O Perfil Médico-Assistencial Privatista e suas Contradições: A Análise Política da Intervenção Estatal em Atenção à Saúde no Brasil na Década de 70. São Paulo, mimeo.

_____. (1992), Limites e Obstáculos à Reforma do Estado no Brasil: A Experiência da Previdência Social na Nova República. Tese de Doutorado, USP, São Paulo.

THELEN, Kathleen e STEINMO, Sven. (1992), "Historical Institutionalism in Comparative Politics", in S. Steinmo, K. Thelen e F. Longstreth (eds.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Nova Iorque, Cambridge University Press.

WILSON, James Q. (1984), "The Origins of Regulation". *Federal Administrative Agency*. H. Ball, Nova Jersey, Prentice Hall.

_____. (1989), "The Politics of Public Policy", in *American Government* (4ª. ed.). Massachusetts, D. Cheath and Company.

GLOSSÁRIO

Partido Comunista Brasileiro —PCB

Partido do Movimento Democrático Brasileiro —PMDB

Partido da Frente Liberal —PFL

Partido dos Trabalhadores —PT

Partido Comunista do Brasil —PCdoB

Partido da Social-Democracia Brasileira —PSDB

Partido Democrático Trabalhista —PDT

Partido Trabalhista Brasileiro —PTB

Partido Democrático Social —PDS

ANEXO

LISTA DE ENTREVISTADOS

- 1 —**Sérgio Arouca** —ex-presidente da Fundação Oswaldo Cruz —Fiocruz; ex-secretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro; presidente da VIII Conferência Nacional de Saúde; deputado federal pelo Partido Popular Socialista —PPS. Foram realizadas duas entrevistas com Sérgio Arouca. A primeira, em novembro de 1992, na Câmara dos Deputados, em Brasília; a segunda, em julho de 1993, por ocasião da 45ª. Reunião da SBPC, em Recife.
- 2 —**Raimundo Bezerra** —relator da subcomissão de Saúde da Assembléia Nacional Constituinte; presidente do Comitê Consultivo da Comissão Organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde; ex-deputado federal pelo PMDB. Entrevista realizada em novembro de 1992 no Ministério da Saúde, em Brasília.
- 3 —**Renato Botto** —ex-superintendente regional do INAMPS/PE; ex-diretor da SUCAM; atual presidente da Associação Nordestina dos Hospitais. Entrevista realizada em maio de 1994 na sede da Associação Nordestina de Hospitais, em Recife.
- 4 —**Danilo Campos** —ex-secretário de Saúde do Recife; atual secretário de Saúde do Estado de Pernambuco; atual presidente do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde —Conass. Entrevista realizada em maio de 1994 na Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, em Recife.
- 5 —**Hésio Cordeiro** —ex-presidente do INAMPS; atual reitor da UERJ. Entrevista realizada em novembro de 1992 em sua residência, no Rio de Janeiro.
- 6 —**Paulo Dantas** —ex-secretário de Saúde da cidade do Recife; ex-secretário de Saúde de Olinda; ex-presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde —Conasems. Entrevista realizada em setembro de 1992 no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva —NESC, em Recife.
- 7 —**Jocélio Drumond** —representante da área de Saúde da Central Única dos Trabalhadores —CUT. Entrevista realizada em novembro de 1992 na sede da CUT-Nacional, em São Paulo.
- 8 —**Roberto Jeferson** —deputado federal pelo Partido Trabalhista Brasileiro —PTB. Entrevista realizada em novembro de 1992 no Congresso Nacional, em Brasília.
- 9 —**Eduardo Jorge** —deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores —PT; membro da subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente na Constituinte; ex-secretário de Saúde da cidade de São Paulo. Entrevista realizada em novembro de 1992 no Congresso Nacional, em Brasília.
- 10 —**Raphael de Almeida Magalhães** —ex-ministro da Previdência e Assistência Social. Entrevista realizada em novembro de 1992 em seu escritório de advocacia, no Rio de Janeiro.
- 11 —**Mansur José Mansur** —presidente da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro e vice-presidente da Federação Brasileira de Hospitais —FBH. Entrevista realizada em agosto de 1993 na sede da FBH, em Brasília.
- 12 —**José Noronha** —diretor do Instituto de Medicina Social/UERJ; foi chefe de gabinete da presidência do INAMPS na gestão de Hésio Cordeiro; ex-secretário de Medicina Social do INAMPS; ex-secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Entrevista realizada em novembro de 1992 em sua residência, no Rio de Janeiro.
- 13 —**Ana Tereza Pereira** —ex-coordenadora de Ciência e Tecnologia do INAMPS; ex-superintendente regional do INAMPS/RJ. Entrevista realizada em novembro de 1992 no Hospital da Lagoa, no Rio de Janeiro.

14 —**Rui Pereira** —atual secretário adjunto de Saúde da cidade do Recife. Entrevista realizada em maio de 1994 na Secretaria de Saúde do Recife.

15 —**Eleutério Rodrigues Neto** —ex-secretário-geral do Ministério da Saúde e atual presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde —CEBES. Entrevista realizada em novembro de 1992 no Congresso Nacional, em Brasília.

16 —**Guilherme Robalinho** —atual secretário de Saúde da Cidade do Recife. Entrevista realizada em maio de 1994 na Secretaria de Saúde, em Recife.

17 —**Eric Jenner Rosas** —coordenador do Comitê Técnico Auxiliar da VIII Conferência Nacional de Saúde. Entrevista realizada em novembro de 1992 no Ministério da Saúde, em Brasília.

18 —**Carlos Santana** —ex-ministro da Saúde; ex-deputado federal pelo PMDB; atual secretário de Saúde do Distrito Federal. Entrevista realizada em agosto de 1993 na Secretaria de Saúde, em Brasília.

19 —**Pedro Luiz Barros Silva** —ex-secretário de Finanças e Orçamento e Controle do INAMPS. Entrevista realizada em novembro de 1992 no Instituto de Economia do Setor Público —IESP, em São Paulo.

20 —**José Gomes Temporão** —ex-secretário de Planejamento do INAMPS; ex-secretário de Saúde do Rio de Janeiro. Entrevista realizada em novembro de 1992 na Secretaria de Saúde, no Rio de Janeiro.

ABSTRACT

Public Policy as a Pandora's Box: Interest Organization, the Decision-Making Process, and the Ill Effects of the 1985-1989 Brazilian Sanitation Reform

The article's main purpose is to study the pattern of interest intermediation in public health policy and, more specifically, to examine the relations forged between interest groups and institutional actors within differing decision-making arenas during the evolution of the so-called Brazilian Sanitation Reform which took place in 1985-89. In empirical terms, the analysis centers on the reform's decisive landmarks, to wit: Brazil's 8th National Health-care Conference, the Unified and Decentralized Health-care System (SUDS), and the Single Health-care System (SUS). In methodological terms, the focus is on the strategic choices made by actors within the decision-making process. Drawing an analogy between the myth of Pandora and the Brazilian Sanitation Reform, the analysis explores the reform's unexpected outcomes and their socially undesirable effects. The profile of public health policy that has emerged from this reform is one that reflects a paradoxical process of universalization and exclusion, in which the principle of social citizenship —grounded on solidarity and universal access to health care —has been steadily undermined, giving way instead to market logic as the prime via of access to health care. Perversely and paradoxically, the state has come to intervene in a selective and merely residual fashion.

Keywords: Public policy; interest organization; sanitation reform; decision-making process

RÉSUMÉ

Les Politiques Publiques comme Boîte de Pandore: Groupes d' Intérêts, Processus Décisionnaire et Effets Pervers dans la Réforme Sanitaire Brésilienne: 1985-1989

Cet article a pour objectif général l' étude du modèle d' intermédiation des intérêts dans le domaine des politiques sanitaires et, pour objectif particulier, les relations qui se sont nouées entre les groupes d' intérêts et les acteurs institutionnels sur des scènes décisionnaires différentes tout au long du processus de mise en place de ce qu' on a

nommé la Réforme Sanitaire Brésilienne pendant les années 1985-1989. Du point de vue empirique, l'analyse se concentre autour de jalons décisifs de cette Réforme, à savoir la VIII Conférence Nationale de la Santé, le Système Unifié et Décentralisé de Santé (SUDES) et le Système Unique de Santé (SUS). L'option méthodologique adoptée dans ce travail met en relief les choix stratégiques des acteurs engagés dans le processus décisionnaire. En établissant une analogie entre le mythe de Pandore et la Réforme Sanitaire Brésilienne, on analyse en détail les effets non prévus provoqués par la Réforme dont les conséquences se sont avérées socialement indésirables. L'ensemble des politiques de la santé qui se dégage de cette Réforme révèle un processus d'exclusion générale où le droit à la citoyenneté sociale —fondée sur la solidarité et l'accès de tous les citoyens aux soins de santé —est toujours affaibli au profit de la logique du marché, seule voie d'accès, privilégiée, à la santé. L'État, de façon perverse et paradoxale, intervient dans le sens d'une sélection sociale et résiduelle.

Mots-clé: Politiques publiques; groupes d'intérêts; réforme sanitaire; processus décisionnaire

- ABRANCHES, Sérgio. (1993), "A Sociologia Política da Inflação", in *Na Corda Bamba, Doze Estudos sobre a Cultura da Inflação* Rio de Janeiro, Ed. Relume-Dumará.
- BOBBIO, Norberto. (1992), *Dicionário de Política* Brasília, Ed. da UnB.
- BOUDON, Raymond. (1979), *Efeitos Perversos e Ordem Social* Rio de Janeiro, Ed. Zahar.
- _____. (1984), *O Lugar da Desordem* Lisboa, Ed. Gradiva.
- COHN, Amélia. (1989), "Caminhos da Reforma Sanitária". *Lua Nova*, n.º. 19.
- _____, MARSÍGLIA, Regina G. e BARATA, Rita B. (1990), *O Setor Privado e as Políticas de Saúde na Atual Conjuntura Brasileira, 1978-1990* São Paulo, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão.
- CORDEIRO, Hésio. (1991), *Sistema Único de Saúde* Rio de Janeiro, Ed. Ayuri.
- DAIN, Sulamis. (1994), Dilemas do Estado diante da Nova Ordem Econômica. Trabalho apresentado no seminário internacional Governabilidade e Pobreza. IUPERJ/UrbanData/Universidade de Toronto, Rio de Janeiro, 29 de junho-1.º de julho.
- DRAIBE, Sônia. (1992), Brasil: A Reforma do Sistema de Saúde, *Relatório de Pesquisa NEPP/Unicamp*, Campinas.
- FIORI, José Luiz. (1991), Democracia e Reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas. Documento Técnico. Rio de Janeiro, OPS/OMS.
- GOUVEIA, A. L. R. (1990), Planos de Assistência Médica, Evolução do Mercado e Tendências. Mimeo.
- _____
- HIRSCHMAN, Albert. (1992), *De Consumidor a Cidadão. Atividade Privada e Participação na Vida Pública* São Paulo, Ed. Brasiliense.
- _____
- _____
- MARCH, James e OLSEN, Johan. (1989), *Rediscovering Institutions* Nova Iorque, Free Press.
- MEDICI, André C. (1990a), "A Medicina de Grupo no Brasil". Rio de Janeiro, OPS/OMS.
- _____. (1990b), "O Setor Privado Prestador de Saúde no Brasil". *Relatórios Técnicos*, n.º. 2, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro.
- _____. (1991), "Incentivos Governamentais ao Setor Privado em Saúde no Brasil". *Relatórios Técnicos*, n.º. 2, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro.
- MELO, Marcus André B. C. de. (1994), Ingovernabilidade: Desagregando o Argumento. Trabalho apresentado no seminário internacional Governabilidade e Pobreza. IUPERJ/UrbanData/Universidade de Toronto, Rio de Janeiro, 29 de junho-1.º de julho.
- _____. (1993), "Democracia, Neoliberalismo e Mal-Estar Social: A Geometria Política da Nova República". *Agenda de Políticas Públicas*, n.º. 4, IUPERJ, Rio de Janeiro.

- MENDES, Eugênio V. (1994), "As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia Neoliberal," in *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* Rio de Janeiro/São Paulo, Abrasco/Hucitec.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1987), *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.
- NORTH, Douglas. (1990), *Institutions, Institutional Change, and Economic Performance* Nova Iorque, Cambridge University Press.
- NUNES, Edson. (1992), "Modernização, Desenvolvimento e Serviço Público: Notas sobre a Reforma Administrativa no Brasil". IPEA, São Paulo.
-
-
- PAIM, Jairnilson. (1990), "A Democratização da Saúde e o SUDS: O Caso da Bahia". *Saúde em Debate*, n.º. 27.
- PEREIRA, Carlos, REZENDE, Flávio e MARINHO, Geraldo. (1993), "Descentralização: Valorização da Esfera Pública?", in *Anais do V Encontro Nacional da ANPUR* Belo Horizonte.
- PETERS, Guy. (1992), "Reorganizando o Governo em uma Era de Contenção e Compromisso". *Dados*, vol. 35, n.º. 3.
- PROPOSTA, *Jornal da Reforma Sanitária* (1987a), n.º. 4.
- _____. (1987b), n.º. 5.
- _____. (1988), n.º. 7.
- REVISTA SAÚDE EM DEBATE (1988), n.º. 17.
-
-
- _____. (1987), "A Trágica Condição da Política Social", in S. H. Abranches, W. G. dos Santos e M. A. Coimbra, *Política Social e Combate à Pobreza* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- _____. (1993), *Razões da Desordem* Rio de Janeiro, Ed. Rocco.
- SILVA, Pedro L. B. (1990), O Perfil Médico-Assistencial Privatista e suas Contradições: A Análise Política da Intervenção Estatal em Atenção à Saúde no Brasil na Década de 70. São Paulo, mimeo.
- _____. (1992), Limites e Obstáculos à Reforma do Estado no Brasil: A Experiência da Previdência Social na Nova República. Tese de Doutorado, USP, São Paulo.
-
- WILSON, James Q. (1984), "The Origins of Regulation". *Federal Administrative Agency* H. Ball, Nova Jersey, Prentice Hall.
- _____. (1989), "The Politics of Public Policy", in *American Government* (4.ª ed.). Massachusetts, D. Cheath and Company.

• 1

. Para ser mais preciso, o momento de análise que se privilegia neste artigo é o período que O' Donnell, entre outros, denomina de consolidação democrática, isto é, o momento de efetiva vigência de um governo democrático, e não da transição democrática, período que vai do regime antecedente até a instalação do novo governo democrático (O' Donnell e Schmitter, 1986, pp. 6-14; ver também Mainwaring, 1992, p. 295).

• 2

. O Ministério da Previdência e Assistência Social foi ocupado por Waldir Pires, político progressista do PMDB com claras intenções de mudança, e o Ministério da Saúde por Carlos Santana que, se não tinha um perfil tão progressista, assumiu o discurso de transformação do setor saúde. Os postos-chave da burocracia executiva desses Ministérios foram ocupados por representantes do chamado movimento sanitário, dentre eles, Hésio Cordeiro, que ocupou a presidência do INAMPS, e Eleutério Rodrigues Neto, que ocupou a Secretaria Geral do Ministério da Saúde. Além destes, é importante ressaltar a destacada atuação de Sérgio Arouca, que ocupou a presidência da Fundação Oswaldo Cruz. Não é estranho o fato de que, a partir da Nova República, a maioria das propostas

progressistas para o setor saúde tenha se originado no Executivo. Este fato fez com que Jaime Oliveira (1989, p. 19) afirmasse que a reforma sanitária brasileira se caracterizou por ser "um movimento de dentro para fora ou de cima para baixo".

- 3

. March e Olsen (1989) afirmam que fatores institucionais podem moldar tanto os objetivos dos atores políticos como a distribuição de poder entre eles em uma dada política. De acordo com Thelen e Steinmo, existem duas diferentes abordagens que têm designado o termo neo-institucionalismo: "the rational choice and historical institutionalism". Para esses dois autores, "political and economic institutions are important for rational choice scholars interested in real-world politics because the institutions define (or at least constrain) the strategies that political actors adopt in the pursuit of their interests. But historical institutionalists go further and argue that institutions play a much greater role in shaping politics, and political theory more generally, than that suggested by a narrow rational choice model. [However], perhaps the core difference between rational choice and historical institutionalism lies in the question of preference formation, whether treated as exogenous (rational choice) or endogenous (historical institutionalism)" (Thelen e Steinmo, 1992, pp. 7-9).

- 4

. Bens públicos são aqueles cujo consumo não pode ser individualizado pela impossibilidade intrínseca de se excluírem outros atores, não-participantes da troca, do acesso a seus benefícios; dessa forma, o consumo desse bem é de natureza não-rival, uma vez que o consumo do bem por um consumidor não diminui o *quantum* potencialmente outros possam consumi-lo (por exemplo, o ar, a saúde pública, a segurança nacional etc.). Já bens privados são aqueles em que o consumo pode ser individualizado através das opções e escolhas de quem os consome, ou seja, o consumidor revela individualmente suas preferências de consumo na busca de sua satisfação no mercado. O consumo é rival e a exclusão de outros consumidores pode ser realizada.

- 5

. Entendemos por *frustração*, no sentido que Hirschman (1992) atribui à decepção, como significando desfazer ou desmanchar um engano ou erro de julgamento, podendo, portanto, supor-se que se refere a qualquer tipo concebível de expectativa equivocada.

- 6

. Hirschman (1992) caracteriza esse tipo de situação sob a denominação de *efeito sob impacto*, situação na qual os custos da ação são subestimados e os benefícios são superestimados, no sentido de superar os efeitos das decepções anteriores.

- 7

. Segundo Peters (1992), as experiências descentralizadoras têm tido basicamente dois tipos de metas. As *metas políticas*, com remanejamento efetivo de poder para instâncias hierarquicamente inferiores, em que a preocupação maior é com a democratização a partir da redefinição das relações Estado-sociedade, cuja finalidade principal é a promoção de um maior controle social sobre a ação pública —esta talvez fosse a motivação primeira dos setores reformistas promotores da reforma no Brasil; e as *metas administrativas*, em que a maior preocupação recai sobre as questões relativas à eficiência, eficácia e efetividade da ação pública. Portanto, o que se busca com essa segunda meta é que a descentralização possibilite a agilidade gerencial do setor público, tão ameaçada com as mais variadas formas de ineficiência burocrática, aproximando-se da noção de "bom governo", ou seja, a progressiva busca da qualidade na promoção dos serviços de natureza pública. Esta variante seria a mais importante meta, contudo não exclusiva, dos neoliberais.

- 8

. Amélia Cohn tenta explicar essa mudança de comportamento no relacionamento dos promotores da reforma sanitária brasileira em função de este movimento ter surgido ainda sob o regime militar, no qual "o enfrentamento do inimigo comum não permitia explicitarem-se diferenciações internas ao próprio movimento. E quando do período da

transição democrática, vê-se o movimento diante das suas diferenças internas e com enormes dificuldades para enfrentá-las, numa dinâmica oscilante entre o interno e o externo" (Cohn, 1989, p. 132). A lacuna que este trabalho de Cohn apresenta é que a autora não avança com relação aos motivos ou determinantes do conflito, apenas os enuncia.

- **9**

. Na realidade, segundo José Noronha, "a idéia de unificação do setor saúde deita suas raízes na separação entre a saúde pública e a medicina assistencial do século passado. [...] havia a idéia equivocada de que o que era do Ministério da Saúde, que estava ligado ao salubrismo, à velha saúde pública, era uma coisa necessariamente boa; e o que estava do lado da assistência médica individual era uma coisa má. [...] um era coletivo e, por ser coletivo, era bom; o outro, por ser individual, era mau. E isto era uma grande bobagem!" (Noronha, entrevista, 1992).

- **10**

. "Para mim, exatamente pelas características e peculiaridades e pelo peso e importância estratégica que tem o INAMPS, [...] acho que a reforma, ou o que chamamos de reforma sanitária, aconteceu por causa do INAMPS. Ela não teria possibilidade de acontecer se nós estivéssemos no Ministério da Saúde [...] porque o INAMPS era o que fazia girar, mudar, era o único ponto sensível de transformação da política de saúde, porque ele era a própria política de saúde. O Ministério da Saúde, naquela conjuntura, não tinha condições de definir os rumos da política de saúde" (Temporão, entrevista, 1992).

- **11**

. Esta lei, segundo Arouca, tinha sido feita por Carlos Santana antes de ele ser ministro da Saúde, e "numa noite, quando acontece aquelas coisas que ninguém sabe como acontece no Congresso, uma verdadeira loucura, essa Lei Delegada é aprovada e ninguém sabe como, pegando todo mundo de surpresa, inclusive pegou até o Santana de surpresa pois ele não sabia que a lei estava sendo votada (Arouca, entrevista, 1992).

- **12**

. "Nós que fazíamos parte da CUT, defendemos estatizar porque achamos que a saúde não deve ser fonte de lucro para nenhum tipo de grupo empresarial. Por isso a estatização do sistema de saúde como necessidade básica para que o sistema público possa funcionar bem, sem concorrência com o setor privado e todos os desvios daí decorrentes" (Drumond, entrevista, 1992). Pelo lado do PT, "a 8ª. Conferência apontava para a estatização do sistema e no nosso setor, mais à esquerda, defendemos a estatização já" (Jorge, entrevista, 1992).

- **13**

. "O novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para este fim. Com este objetivo, o Poder Executivo deve encaminhar, no curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a formulação do problema seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal" (Ministério da Saúde, 1987).

- **14**

. A FBH, fundada em dezembro de 1966 no Rio de Janeiro, representa os interesses dos estabelecimentos de saúde de menor porte, o chamado setor "lucrativo voltado para o atendimento de baixa complexidade" e com maior dependência financeira do INAMPS, constituindo-se, por isso, no segmento mais numeroso, em que quase 50% dos estabelecimentos hospitalares particulares pertencem a seus sócios. Seu principal objetivo é garantir o maior número de prestações simples, com o menor custo e com o menor nível de controle por parte do INAMPS. Esse setor alcançou destaque e importância a partir do acúmulo de benefícios sucessivos, em decorrência da lógica política do regime autoritário, de não-investimento na rede pública própria e da conseqüente compra de serviços ao setor privado, na sua grande maioria contratados, vindo, dessa forma, a desenvolver uma relação dependente, viciada e parasitária, e, por que não dizer, simbiótica com o setor público. Com os sucessivos planos e iniciativas orientadas para a valorização do espaço público ao longo da década de 1980, esse setor, representado pela FBH, foi

progressivamente perdendo espaço e importância no cenário decisional da política pública de saúde.

- 15

. A Fenaess foi criada em 1983. Agrega os interesses dos estabelecimentos privados com menor dependência financeira do INAMPS, como também donos de clínicas, com ou sem internação, laboratórios de análises e de radiodiagnóstico. Esse setor representa uma pequena parcela das unidades hospitalares brasileiras, e é composto pelo que Silva (1990) chama de os "hospitais privados de cinco estrelas". São hospitais voltados para atendimentos de alta complexidade. Somente uma pequena parcela mantém uma relação contratual com o INAMPS; os outros fazem parte do chamado empresariado autônomo do setor saúde.

- 16

. Em carta dirigida aos dirigentes dos hospitais particulares conveniados com o INAMPS, a FBH, na figura do seu presidente, Dr. Silo Nascimento Andrade, solicita que "Cada dirigente tem de se articular com a sua Associação e acertar com ela e os parlamentares que irão nos apoiar, mediante acordo local, visando inclusive, retribuição nas próximas eleições. O nosso voto em cada Estado tem de ser consciente e escolhido numa justa composição de interesses. Agora, diante do poderio de três grandes Secretários de Saúde que estão querendo

botar a mão no dinheiro da previdência, só nos cabe um trabalho de mobilização da maioria esmagadora dos hospitais particulares em apoio à FBH, inclusive financeiros" (*Revista Saúde em Debate*, 1988, p. 24).

- 17

. A mais importante aliança forjada ao longo da implementação da estratégia-ponte aconteceu entre o INAMPS e os governadores e secretários de Saúde dos estados, principalmente a partir da saída dos principais líderes da reforma do governo de transição. Esse é o momento em que entra em cena um outro ator coletivo de grande importância política na defesa da manutenção e continuidade das reformas. Refiro-me ao Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde —Conass, que vai efetivamente conduzir a descentralização. Mais tarde, com a saída dos governadores em fim de mandato, incorpora-se à luta o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde — Conasems, que vai substituir o Conass como principal agente de transformação.

- 18

. Este segmento, que faz parte do setor contratado pelo INAMPS, é dividido em dois subgrupos: o primeiro é pequeno, em relação à quantidade de leitos, e atua na área de atendimento geral da população; são as instituições não-lucrativas promotoras de atendimento de baixa complexidade, as filantrópicas de baixo custo. Representa o que há de mais antigo e tradicional no mundo ocidental em relação à ajuda e assistência aos doentes pobres, ancoradas aos princípios da caridade e solidariedade cristãs frutos de suas origens. O segundo é o subgrupo não-lucrativo, voltado para o atendimento de alta complexidade. É constituído, predominantemente, por hospitais filantrópicos de grande porte, tendo como figura central as Santas Casas de Misericórdia. Juntamente com os hospitais públicos, representam a espinha dorsal do atendimento de patologias de alto custo que é oferecido à população. Como as filantrópicas de baixo custo, também estas são, a partir de 1963, representadas pela Confederação das Misericórdias nas suas negociações com o INAMPS. Contudo, algumas unidades hospitalares, por serem muito importantes no cenário das prestadoras de serviços, estabelecem seus mecanismos de negociação de forma direta. Como consequência, defendem um tratamento diferenciado em relação ao setor privado lucrativo, em função de sua importância para a manutenção do atendimento à população mais pobre na área de alto custo.

- 19

. "A idéia do SUDS dependeu muito do Raphael. Esse voluntarismo, essa postura meio forte do Raphael, esse jeito udenista, foi um instrumento fundamental para que o SUDS acontecesse. Se não fosse o Raphael, se fosse um ministro mais conciliador, de temperamento mais conservador, não teria saído o SUDS. O Sarney não é um homem do embate, é da surdina. Então o Raphael trafegou nesse espaço com muita competência. O Raphael articulou, chamou o Collor —que é outro maluco —para assinar o primeiro

convênio e o Collor concordou; então começamos por Alagoas. O SUDS foi criado e começamos a correr para outros governadores. O Raphael impôs o SUDS ao próprio governo" (Noronha, entrevista, 1992).

- 20

. A Medicina de Grupo, juntamente com mais quatro modalidades —as Cooperativas Médicas, os Seguros-Saúde, os Sistemas Próprios e os Planos de Administração —vão formar o que Mendes (1994) denomina de "Subsistema Privado de Atenção Médica Supletiva". Amplio a classificação utilizada por Mendes ao incluir neste subsistema os Fornecedores de Insumos Especializados para o setor saúde: a indústria de medicamentos de capital nacional e multinacional; a indústria de equipamentos; e a indústria de materiais e outros insumos e serviços especializados. Embora esta quinta modalidade também ofereça seus préstimos ao setor público, dependendo também deste para a sua viabilização econômica, os fornecedores, em última instância, acumulam maiores benefícios com a expansão da lógica de especialização e tecnificação presentes *vis-à-vis* o subsistema de atenção médica supletiva. Todas essas modalidades assistenciais apresentam formas de estruturação diferentes umas das outras, uma clientela diversificada e distinta, e formas diversas também de financiamento.

- 21

. A Abramge foi fundada em 1966. O poder que esse setor exerce na área da Saúde pode ser expresso através de sua grande expansão experimentada na última década. Hoje, o sistema é mantido por mais de dez mil empresas, acumulando recursos da ordem de US\$ 1,2 bilhão. Embora apenas 36% das empresas desse segmento possuam serviços próprios, pois a medicina de grupo opera majoritariamente mediante contratos com terceiros, estas possuem "78 hospitais próprios, com 7.500 leitos, 600 centros de diagnósticos e mantêm convênios com 1.000 hospitais particulares. Eles empregam 18 mil médicos e 40 mil profissionais de saúde e administrativos. Em 1988, esses grupos realizaram 60 milhões de consultas (cerca de quatro consultas por beneficiário/ano) e 1,5 milhão de internações hospitalares" (Cohn, Marsiglia e Barata, 1990). Em 1989, atingiram 15 milhões de pessoas, com um faturamento estimado em US\$ 1,2 bilhão, sendo a modalidade de maior cobertura responsável por 48,2% do subsistema de atenção médica supletiva, com faturamento de 41,3%, e apresentando um faturamento *per capita* de US\$ 66,80 (Mendes, 1994).

- 22

. As cooperativas médicas ou Unimeds, são uma outra modalidade de atores privados que atuam no cenário da prestação de serviços. As Unimeds surgem em 1967, em Santos, como uma alternativa à costumeira exploração dos médicos por parte da medicina de grupo, chamada por eles de mercantilista. Tal intenção pode ser claramente observada a partir do principal

slogan de sua campanha publicitária, em que se enfatiza que, no sistema Unimed, o cliente irá ser atendido pelo próprio dono, vindo, portanto, a ter um melhor atendimento: "Na Unimed, ninguém é patrão. Os cooperados atendem os clientes da forma que preferirem, marcando hora ou não. Não há salários. No final do mês são pagas as despesas e é feito um rateio entre os cooperados, sem o objetivo do lucro" (Medici, 1990a, p. 18). Esses serviços alcançaram uma rápida expansão de sua clientela: em 14 anos de existência no Brasil, 888 municípios já tinham a presença das Unimeds, com 16.846 médicos cooperados, 979 hospitais filiados prestando serviço médico para mais de 5 milhões de usuários. Dois anos depois, o número de municípios atendidos aumentava para 1.031, e o número de médicos chegava à casa dos 25 mil (Gouveia, 1990). "Em 1989, já atingia 7,3 milhões de beneficiários, com um faturamento da ordem de US\$ 567,5 milhões, do que resulta um gasto *per capita* de US\$ 77,74. Sua participação relativa no mercado de atenção médica supletiva era de 23,4% em usuários e, também, de 23,4% em faturamento. No período de 1987-89, houve um crescimento de 46% em número de usuários e de 62% em faturamento" (Medici, 1990b).

- 23

. Esse era o caso, por exemplo, dos governos de Waldir Pires na Bahia, de Fernando Collor em Alagoas, de Miguel Arraes em Pernambuco, de Pedro Simon no Rio Grande do

Sul, com os quais o ministro Raphael de Almeida Magalhães estabelecia mecanismos de repasse de recursos para a saúde de uma forma quase automática, enquanto para outros estados, onde o presidente Sarney teria maior interesse em aumentar esse tipo de repasse, como por exemplo, o Estado do Maranhão, o ministro não repassava ou repassava bem menos do que o presidente e os políticos locais desejavam. Essa situação foi tornando a posição do ministro insustentável, dada a quantidade de conflitos gerados pelas pressões de parlamentares e figuras importantes no setor conservador do governo, que constantemente viam seus pedidos negados. Assim, Raphael de Almeida Magalhães é substituído por Renato Archer, ex-ministro da Ciência e Tecnologia. A partir desse momento, percebe-se uma desaceleração do processo de descentralização —mas não um retrocesso, uma vez que Renato Archer mantém o seu apoio ao SUDS. Com a continuidade do SUDS, inicia-se uma campanha de desgaste do novo ministro com o aprofundamento das controvérsias acerca da situação financeira da Previdência Social. Esta situação fez com que Renato Archer pedisse demissão do Ministério.

- 24

. O termo

veto point é tomado emprestado de Immergut (1992). Para a autora, *veto points* são pontos efetivos de decisão política em uma dada arena institucional. Nas palavras da autora "the specific mechanisms for veto determine precisely which politicians or voters have the power to ratify or to block policy proposals. As described, the veto points are not physical entities, but points of strategic uncertainty that arise from the logic of the decision process itself" (p. 66). Nesse trabalho, Immergut oferece uma perspicaz análise de como as instituições, entendidas como regras do jogo, afetam a capacidade dos atores em diferentes estruturas políticas. Além do mais, diferentemente das análises institucionalistas tradicionais, a autora faz uma clara distinção entre os atores políticos com suas estratégias e o arcabouço institucional em que esses atores interagem. Para a autora, "the actors formulate their goals, ideas, and desires independently from the institutions. The institutions become relevant only in strategic calculations about the best way to advance a given interest within a particular system [...] the model presented here does not depend on actors socialized by institutions to restrict their goals or interest" (pp. 83-5).

- 25

. O teor da circular da Fenaess foi o seguinte: "Ainda é tempo de salvar o que é seu, necessitamos de sua colaboração, solidarize-se com a entidade que defende seu patrimônio. Contamos com você, precisamos demonstrar aos constituintes nossa firme consciência contra o processo de estatização".

- 26

. Hirschman (1992, p. 74) afirma que o consumidor tem dois tipos de reação à insatisfação: a primeira é o *afastamento*, quando o consumidor vai à procura de opções mais satisfatórias de consumo no espaço privado; a segunda é a *manifestação*, ou seja, engajar-se em várias ações que vão da reclamação estritamente individual à ação coletiva, ou, como frisa o autor, à ação pública por definição.

- 27

. Como exemplo ilustrativo, Boudon utiliza-se de um fato cotidiano, o trânsito. Pergunta o autor: "Por que todos aceitam sem muito reclamar a multidão de pequenas irritações provocadas pelas paradas no sinal vermelho? Certamente porque, sem os sinais vermelhos, o trânsito seria mais difícil. Os sinais vermelhos têm por finalidade reduzir os efeitos perversos que resultariam da justaposição de deslocamentos individuais seguindo no mesmo momento trajetórias que se cruzam" (Boudon, 1979, p. 7). Também Hirschman, ao analisar os argumentos contrários às mudanças, identifica que os conservadores se utilizam do que ele chama de "tese da perversidade", ou seja, "a tentativa de empurrar a sociedade em determinada direção fará com que ela, sim, se mova, mas na direção contrária". Dessa forma, segundo a tese da perversidade, toda ação de mudança desencadearia uma série de "conseqüências não intencionais no exato oposto do objetivo proclamado e perseguido" (Hirschman, 1992, p. 18). Esse trabalho, embora represente uma brilhante identificação das resistências discursivas dos conservadores ao processo de

mudança social, apresenta uma concepção diferenciada dos efeitos perversos daquela desenvolvida por Boudon, uma vez que concebe esses efeitos como necessariamente negativos.

- 28

. Uma escolha trágica se faz "quando todos têm como consequência a morte ou elevado risco de vida para alguém. Por exemplo: a decisão sobre quantos rins artificiais serão produzidos e qual será o critério para alocá-los traz implícita uma decisão sobre quem e quantos irão morrer por não ter acesso ao aparelho". Ver Santos (1982; 1987).

- 29

. Na realidade, o que houve foi o que Arouca chama de "desfinanciamento na área da saúde. O governo do estado entrou no limbo nessa história do SUS, já que não foram definidas responsabilidades de financiamento para ele, vindo assim a tirar todo o dinheiro da Saúde. O que eles aplicavam no passado, deixaram de aplicar, principalmente os estados, mas também a União e os municípios, estes últimos, menos que os dois primeiros" (Arouca, entrevista, 1993).

- 30

. A superestimação da importância e da força dos setores contratados de baixa tecnologia, prestadores de serviços ao setor público, talvez tenha sido um dos grandes equívocos políticos dos promotores da reforma sanitária no Brasil. A FBH e entidades correlatas que os representam, vêm, nos últimos anos, se constituindo nos representantes dos setores mais ultrapassados da área de saúde, sendo por isso ultrapassadas na dinâmica do processo de descentralização e de viabilização do projeto neoliberal. Dessa forma, os sanitaristas combateram o inimigo errado ou, por outro lado, o inimigo possível de ser combatido.

- 31

. Segundo Medice (1991), os gastos do INAMPS com o setor privado, principalmente o contratado, caíram em 50% em valores reais no período de 1981 a 1989, decrescendo de US\$ 2,379 bilhões em 1981, para US\$ 1,225 bilhão em 1989.

- 32

. Na opinião de Arouca, "a reforma sanitária não é uma reforma municipalista, ela fala de descentralização, e não de municipalização. Imaginar que o sistema é municipalista é um grande equívoco. Esta idéia ganhou força porque os estados saíram da luta, vindo a crescer a linha da municipalização como se esse fosse o caminho. Se for municipalizado, o sistema vai ser tão incompetente como o centralizado" (Arouca, entrevista, 1993).

- 33

. O *neolocalismo* pode ser entendido como um efeito perverso radicalizado e distorcido do processo descentralizador, tendo como resultado a perda da noção de identidade nacional e a valorização extremada do município. Melo sugere que na "Nova República o neolocalismo é alimentado por três fatores de natureza psicossocial: a perda de centralidade dos dois atores coletivos nacionais —a igreja católica e as forças armadas— na arena política; a inflexão das expectativas de mobilidade social vertical; e a própria democratização do país que dissolveu a cultura política que se forjou na polarização entre opositores e defensores do regime militar" (Melo, 1993, p. 17).

- 34

. "Nós não vamos municipalizar nenhum hospital, não há intenção nem recursos para que o município municipalize qualquer hospital neste momento. Nós estamos preparando a Secretaria para receber os ambulatórios e se possível municipalizar as maternidades, pois não temos condições de sustentar um hospital de grande porte" (Pereira, entrevista, 1994).

- 35

. Na opinião de Melo (1994), "A discussão contemporânea sobre o Estado tem se centrado na questão dos requisitos societais, organizacionais e políticos que permitem que o Estado seja eficiente. Mais do que isto, esta discussão tem privilegiado também a capacidade governativa em sentido amplo, e que se refere não só ao Estado, mas também aos requisitos do bom governo". Para o autor, "este conceito se distingue do de governabilidade que se refere às condições sistêmicas de exercício da autoridade política", enquanto "

governance qualifica o modo de uso dessa autoridade" (p. 8).

- 36

. O

dilema do prisioneiro refere-se a uma situação em que dois criminosos são presos, porém não em flagrante delito, praticando um crime, sendo postos em celas separadas, de forma a ficarem incomunicáveis. São oferecidas a eles, separadamente, as seguintes possibilidades: (a) caso um deles resolvesse trair o outro, confessando o crime de ambos, e o companheiro não confessasse, o primeiro receberia uma pena mais branda por ter colaborado com a investigação, e o segundo a mais elevada. O mesmo valeria para o segundo; (b) caso ambos não confessassem, permanecendo calados, ambos receberiam a pena menor possível; e, (c) caso ambos confessassem, ambos receberiam a maior pena possível. Em situações de incerteza, em que não se teria garantias sobre a conduta do outro, a alternativa (a) seria a que apresentaria maior probabilidade de ocorrer, uma vez que os indivíduos tentariam atingir a maximização de seus interesses individuais, no sentido de procurar livrar sua própria pele. Entretanto, eles tenderão a acusar-se reciprocamente, viabilizando a alternativa pior possível para ambos, ou seja, a alternativa (c), na qual nenhum dos dois alcançaria resultados satisfatórios, vindo, assim, a receber a pena máxima.

- 37

. Nesta situação, os laços de solidariedade social diluem-se e os indivíduos se voltam para si mesmos. "A sociedade retorna ao estado de natureza hobbesiano, no qual inexitem normas gerais universalmente aceitas. No estado de natureza, o homem é o lobo do próprio homem, em um processo perverso de retroalimentação: a desconfiança gera o isolacionismo que provoca desconfiança e hostilidade em outros, confirmando a desconfiança e o isolacionismo dos primeiros" (Santos, 1993, p. 109).

- 38

. A estratégia da satisfação possível considera proveitosos os resultados que representem perdas em relação à situação anterior, mas que indicam, na situação presente, o melhor resultado possível, ou seja, os resultados hoje subótimos são considerados os possíveis de serem alcançados em razão de os comportamentos não imediatistas proporcionarem mais custos e riscos (Abranches, 1993).

- *

Este artigo corresponde a uma versão revista do 3

º capítulo de minha Dissertação de Mestrado defendida no Departamento de Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, em agosto de 1994, sob a orientação do prof. Marcus André B. C. de Melo, a quem sou para sempre grato pela preciosa e sólida orientação e profunda amizade.