

Saúde no Brasil: interesses organizados e resistência à mudança

Eduardo B. F. Perillo*

Resumo

Por mais que se gaste ou planeje, a situação da saúde no Brasil permanece a mesma. Doenças erradicadas que voltam, fraudes, filas, “cobranças por fora”, desmandos dos convênios e seguradoras, inovações “mágicas”. Para a construção de soluções eficazes, falta identificar os principais atores sociais envolvidos, explicitar seus interesses e articulações, identificar os travos e resistências à mudança e promover a negociação.

Palavras-chave: saúde, mudança, interesses, resistências.

Abstract

The crisis in the Brazilian Health Sector runs independently of the amount invested; the more you spend, the bigger the crisis. Frauds, malpractice, long lines, abuse from health plans and insurance companies, return of eradicated diseases. To break the circle and develop effective negotiated solutions, the main social actors must be identified, their true interests and connections exposed and the resistance to change overcome.

Key words: health, change, interests, resistance.

* Mestre em Administração pela PUC-SP.

O setor de saúde no Brasil é esquizofrênico: um modelo legal de inspiração socialista, ou pelo menos social-democrata, inserido numa economia que caminha rapidamente para um modelo liberal de mercado aberto, internacionalizado, mas com uma prática protecionista, onde o Estado financia e protege o setor privado da saúde. (Silva, 1996, p. 3)

Abordagens do tipo “tamanho único” para resolver os impasses e as contradições da saúde não funcionam. É preciso rever o discurso de crise, cuja solução se encontra em aumentar os investimentos, e também o conceito de que saúde é igual a mais atendimento médico, senão confunde-se direito à saúde com direito à assistência médica (Costa, 1995). Saúde precede a doença, e ter saúde *é não adoecer*. É um equívoco esperar que a assistência médica universal resulte em melhorias significativas na condição de vida da população, pois, à medida em que o acesso aos serviços médicos se amplia, diminuem as práticas de saúde pública (Gonçalves, 1991).

O tratar da saúde por especialistas, médicos em geral e sanitaristas em particular, leva a uma visão setorializada, estreita, com enfoque nos aspectos da doença, seu tratamento ou prevenção, em detrimento da leitura de aspectos do contexto social, econômico e ambiental. Estes, tanto quanto a doença, têm papel fundamental para entender o que se chama de “crise da saúde no Brasil”. Para avançar além dessa visão setorial, até mesmo cartorial, é preciso ao menos compreender os fenômenos da distribuição da renda e da lógica econômica do negócio da saúde.

Assim, os problemas da saúde fazem parte das mazelas da concentração da riqueza no Brasil (Dowbor, 1982). Da mesma forma que os pobres estão excluídos do acesso à educação, à moradia, à cidadania em geral, encontram-se, na prática, distantes do efetivo atendimento à saúde. Não obstante os resultados do Plano Real, a tendência no Brasil é de aumento das desigualdades na distribuição da renda, e, nessa perspectiva, somando-se ainda os efeitos do desemprego, o dinheiro para a saúde será sempre insuficiente.

As dificuldades dizem respeito à escassez relativa de recursos e também às formas inadequadas de sua utilização. A renda concentrada gera necessidades diferentes quanto a atenção à saúde. Há demanda para atendimentos sofisticados e caríssimos, como transplantes de órgãos, envolvendo até UTIs aéreas, ao lado de necessidades elementares de atenção, prevenção, tratamento de água, coleta de lixo e educação.

Dada a concentração da renda e o conseqüente contingente de excluídos, a existência de uma estrutura de medicina curativa, porém com compromisso resolutivo, é imprescindível. Porém, justamente por causa da mesma concentração da renda, parte significativa das moléstias que acometem a população são originárias da falta de saneamento, de educação básica e sanitária, de moradia, de alimentação, de efetivo controle de endemias, etc. Isto significa que a medicina preventiva, de caráter coletivo, é condição *sine qua non* para a superação de problemas básicos de saúde.

Evidentemente, não é possível esperar a reversão do padrão de desenvolvimento econômico brasileiro ou a melhor distribuição de seus frutos para que se tenha melhoria nas condições de saúde. O cenário de desigualdade está dado, e, portanto, é necessário buscar soluções nessas condições; é preciso, literalmente, “trocar o pneu com o carro andando”.

A regionalização do desenvolvimento alimenta a concentração populacional no Sul-Sudeste, particularmente nos grandes centros urbanos, inchando-os e gerando um círculo vicioso de miséria, no qual a suburbanização tem desdobramentos óbvios para a deterioração da saúde. A busca do atendimento médico, na verdade a única modalidade de “saúde” que está disponível, contribui como uma das causas da continuada migração Nordeste-Sudeste.

A venda e o consumo de medicamentos, exames laboratoriais, consultas, etc., transformou-se em sinônimo de atenção à saúde, embora trate-se de atenção à doença, e o padrão tornou-se dominante por contemplar a necessidade de ganho crescente daquela parcela da medicina que vive do negócio da saúde, por longo período condutora de suas políticas e diretrizes.

Vale ainda lembrar que saneamento, mata-mosquito, vacinação e outras medidas preventivas, não permitem a mesma oportunidade de sucesso profissional e retorno financeiro. O modelo médico-assistencialista atual não privilegia a promoção da saúde, e, no extremo da visão de saúde como negócio, pode-se dizer que a ausência de doença implicaria diminuição no consumo de consultas, exames, medicamentos, internações, cirurgias, impactando negativamente na saúde financeira das empresas do ramo.

Há uma segmentação do mercado consumidor, com os produtos mais sofisticados sendo oferecidos ao consumidor de renda elevada, e os mais baratos ao consumidor de baixa renda, porém o padrão é o mesmo, calcado na produção de remédios, equipamentos hospitalares, etc. Do lado da oferta, a segmentação do mercado permite perceber a constituição de oligopólios; as-

sim, as indústrias de equipamentos e de medicamentos têm relativo poder de fixar o preço e a margem de lucro do produto, em que pesem afirmações em contrário de suas entidades representativas. Do lado da demanda, vê-se o modelo assistencialista relegando a segundo plano a prevenção de doenças e a promoção de saúde, enquanto o crescimento vegetativo da população e o aparecimento de novas doenças garantem a demanda crescente.

A população mais empobrecida consome o produto “saúde” mais barato, mas o Estado paga a conta, em obediência à Constituição. Para as empresas privadas, significa um mercado seguro, pois fornecem a maior parte da assistência médica prestada pelo SUS, isto é, 82% dos leitos no País (Oliveira Jr., 1993), e quase metade da rede ambulatorial. Para o orçamento público, significa gastos com a prevenção preteridos em uma relação 80/20, isto é, 80% dos recursos são gastos com o aspecto curativo, 20% com o aspecto preventivo.

Essa relação de compra e venda é mediada por um Estado ora incompetente, afogado em sua própria burocracia e obsolescência, ora servindo aos interesses organizados da oferta, bem representada dentro da estrutura do próprio governo. Assim como há uma “bancada ruralista”, há também uma bancada que representa os donos de hospitais, a indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, etc.

Essa visão da saúde medicalizada, originada na estrutura social polarizada e evoluída para formar o mercado da saúde, tem como conseqüências o aumento do custo social e financeiro. Social porque a saúde da população como um todo não evolui favoravelmente, ocorrendo a volta de doenças dadas como extintas, e, ainda, pagando-se um pesado pedágio à indústria montada para perpetuar a doença. Financeiro porquanto os custos dessa atenção à saúde são crescentes, dada a progressiva tecnificação da assistência médica.

Do exposto, caberia ao Brasil dispendir recursos, simultaneamente, com a medicina curativa e preventiva; todavia, o orçamento é limitado e as decisões quanto à sua partilha são mais complexas do que um salomônico meio-a-meio. A medicina curativa está, em geral, muito bem organizada, apta a defender seus interesses por meio de associações patronais e profissionais, grupos parlamentares, etc. Assim é compreensível que esse conceito de saúde tecnificado e individual tenda a arrebancar a maioria dos recursos, em detrimento das atividades da medicina preventiva e da promoção de saúde.

Não se pretende desqualificar a função da tecnologia no combate às doenças, muito menos sugerir que a população de baixa renda não deveria ter acesso às conquistas recentes da medicina. Trata-se de chamar a atenção para o seguinte fato: as decisões quanto ao tipo de “saúde” hoje praticada no País não dizem respeito apenas ao bem-estar do indivíduo, mas ao conjunto de interesses em torno do negócio da saúde. Compreendendo-se a lógica empresarial entende-se o encarecimento da atenção à saúde baseada no atendimento individual.

Dadas as dificuldades de acesso à rede oficial, quem tem condições para tanto busca alguma forma de atenção suplementar à saúde. As empresas de convênios, cooperativas e seguradoras operam com demanda inelástica e não admira a magnitude do lucro obtido, mesmo com a pouca capacidade administrativa; afinal, sempre se pode devolver ao Estado os casos não lucrativos. O SUS atende de forma precária, mas é um grande provedor de recursos para os contratados e conveniados, dado o volume com que opera, e, naturalmente, há que se considerar as fraudes.

Como ilustração, pode-se visualizar na tabela seguinte, dados que, embora aproximados, dão idéia da evolução e dimensão da medicina privada no País:

Tabela I - Evolução da medicina de grupo no Brasil, 1988-1993

Perfil do Segmento	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1996
Empresas de medicina de grupo	310	340	370	400	442	490	700
Beneficiários, em milhões	15.3	14.7	14.5	15	16	16	17.3
Empresas compradoras de planos (x1000)	3.7	9.2	6	10	37	40	46.3
Movimento financeiro, em US\$ (bilhões)	1.40	1.70	1.00	2.16	2.11	2.20	3.70

Fonte: *Databramge*. (Teixeira, 1994, e Abramge, 1997)

É também interessante a comparação do resultado financeiro obtido por instituições hospitalares, mesmo aquelas sem fins lucrativos e beneficiárias de isenção fiscal:

Tabela II - Hospitais – Balanço de dezembro de 1994, 1995 e 1996. – R\$ milhares.

Instituição	Lucro Bruto	Lucro Bruto	Lucro Bruto 12/96
	12/94	12/95	
Hospital Israelita Albert Einstein, SP	32 197,0	152 834,0	149 827,0
Hospital Beneficência Portuguesa, SP	49 061,0	94 429,0	120 287,0
Santa Casa de São Paulo	55 559,0	112 087,0	146 996,0
Hospital Sírio Libanês, SP	34 605,0	63 452,0	77 856,0
Hospital São Luiz, SP	18 037,0	28 392,0	46 307,0
Hospital Samaritano, SP	18 212,0	40 813,0	49 409,4

Fonte: *Gazeta Mercantil*. Balanço Anual 95/96, 96/97 e 97.

A estrutura administrativa na área da saúde

Do ponto de vista organizacional, há no Brasil estruturas grandes e centralizadas fazendo a interface saúde-cidadão. Com numerosos níveis hierárquicos, a qualidade da decisão é prejudicada, ampliando-se os prazos dos processos e propiciando-se o desperdício dos recursos. Não se trata de defender genericamente a suposta superioridade das pequenas estruturas, relativamente às grandes; tratando-se do atendimento à saúde, de natureza capilar por excelência, a centralização e o gigantismo são inadequados. À estrutura de grande porte, soma-se a organização funcionalista, nos moldes do velho fordismo, alicerçada na divisão do trabalho em seções, departamentos, diretorias, etc. No contexto atual, em que flexibilidade e capacidade de resposta rápida são regras de sobrevivência para as instituições, megaestruturas públicas ou privadas acumulam ineficiências de toda ordem.

Mesmos hospitais tidos como modelares têm linhas hierárquicas bem demarcadas, com muitas áreas administrativas, cada qual um centro de custos ou negócios e também um centro de poder. Chefes e mais chefes, com seus nomes nas portas, característica de uma organização impenetrável, com concentração de poder e autoridade, cada qual vendo o vizinho como adversário ou concorrente. Nessa visão, economiza-se com os pacientes, não com a estrutura administrativa, mantida intacta.

O crescimento das estruturas aumenta as perdas, e, para dar conta dos novos desafios, é fundamental gerir com eficiência e eficácia. Sucede que a es-

trutura não é ineficiente por acaso, mas ilustra os diferentes interesses que permeiam o negócio da saúde. Entre eles estão os da própria burocracia, no caso do serviço público consumindo até 70% do orçamento, e os da indústria de medicamentos, inviabilizando o uso de produtos genéricos mais baratos e privilegiando os produtos de marca registrada.

Por sua vez, os profissionais de saúde são educados para reproduzir o modelo assistencialista hegemônico, não sabendo ou não querendo revertê-lo. Diante disso, há um consumidor, um cidadão, o doente, fragilizado por deficiência em vários níveis, seja o físico, o emocional, o econômico, o político.

A lei federal tenta, a duras penas e há vários anos, ordenar e melhorar tal situação, sem no entanto obter resultados. Prevê a descentralização das atividades e a vigilância de todo o sistema, público e privado, supondo um Estado homogêneo e com poderes quase absolutos. A expressão da lei é um “cumpra-se”, sem, necessariamente, prever punições ao seu desrespeito, desconsiderando, em última instância, os interesses em pauta.

O mais importante é compreender que os problemas do sistema de atenção à saúde são originários de várias instâncias simultâneas: administrativas e burocráticas, econômico-financeiras, políticas, técnicas, éticas, etc. A solução para a parte pode ser ineficaz para o todo, e as soluções eficazes devem contemplar obrigatoriamente todo o espectro, sob risco de elaborar propostas alheias à realidade e destituídas de qualquer potência.

Em síntese, encontrar soluções para a crise da saúde supõe compreender seu lado mercantil e os atores com diferentes interesses: quem está no negócio da saúde (hospitais, laboratórios, indústria farmacêutica, seguradoras, convênios, etc.), os funcionários públicos, as associações médicas, o Estado heterogêneo. A sociedade, infelizmente, funciona como “pré-ator”, salvo para algumas doenças particularizadas, como a AIDS. A legislação reguladora da saúde e também os recentes planos, que não admitem esse feixe de atores e muito menos seus interesses, supõem uma sociedade organizada inexistente, e portanto, a curto e médio prazo, não têm eficácia.

Existe saída?

Identificados os problemas, o que fazer, onde atuar, o que mudar e com quem? Deve-se manter a idéia de descentralização perseguida pelo Estado, porém, e isto é básico, contemplando-se os atores e seus interesses, utilizan-

do-se de ferramental administrativo-gerencial, e mudando-se o foco de atenção da pessoa para a comunidade.

Processos de transformação só têm sucesso quando centrados no desenvolvimento das pessoas, responsáveis últimas pelos processos de mudança nas organizações (Ferreira, 1996). O sucesso do transformar as pessoas depende de dois requisitos essenciais: a clara definição da missão e o seu compartilhamento, propiciando condições favoráveis para implementar a mudança, e a delegação de poderes e competências para implementá-las.

Procura-se dessa forma viabilizar a ação, com a contrapartida da responsabilidade por resultados. O comprometimento das pessoas será assegurado com amplo programa de sensibilização e capacitação profissional, aliado a um sistema de avaliação de desempenho e premiação vinculado ao resultado da equipe de trabalho, não do indivíduo, visando estimular a cooperação e não a competição.

Para gerir essas transformações, o processo deve privilegiar as habilidades de mediação e negociação de interesses conflitantes, romper a visão tradicional que separa nas organizações quem planeja e quem executa, e também ajudar as pessoas no seu desenvolvimento (Senge, 1990).

As diretrizes para a condução da saúde não podem ficar a cargo apenas dos médicos. O problema não é exclusivamente médico, tampouco é só de economistas; muitas outras facetas devem ser consideradas, sendo indispensável a participação de outros segmentos sociais. Os médicos tendem a reproduzir a visão curativa que lhes foi ensinada nas escolas, em detrimento da prevenção e de ações promotoras de saúde, daí a necessidade de se modificar o currículo de formação do médico (Chaves e Rosa, 1990), moldando-o e adaptando-o para as necessidades atuais da sociedade.

É fundamental ampliar os horizontes de conhecimento do médico, hoje focado apenas em aspectos técnicos, dando-lhe condições de entender como se processam as relações sociais, políticas e econômicas, e, conseqüentemente, permitir o desempenho de seu papel de cidadão, além de suas atribuições curativas. E é importante propiciar-lhe sustento e sucesso profissional a partir das novas atividades, de outro modo elas não serão abraçadas.

É preciso que o médico generalista, ou clínico geral, tenha uma maior responsabilidade no tratamento do cliente. O que se vê hoje é o paciente remetido de um especialista para outro, e o que é pior, sem que em grande parte das vezes ele tenha resolvido o seu problema. (Raggio, 1997, p. A-8)

Esse modo de proceder encarece o atendimento à saúde; portanto, há que se buscar a resolutividade por meio da mudança nos currículos escolares e pela reciclagem profissional. O médico necessita ver-se como ator político, como cidadão que influencia e é influenciado, abandonando a idéia de pesquisador ou técnico "neutro". O homem, e conseqüentemente, o médico, é um ser político, quer queira ou não (Demo, 1989, p. 25).

É curioso ver que as empresas de medicina de grupo buscam fazer renascer o antigo médico de família e as medidas preventivas de saúde. O motivo é fazer baixarem os custos de atendimento aos conveniados por meio das práticas importadas do *managed care*, mas, de qualquer maneira, essa volta é muito bem vinda.

As instituições públicas e privadas precisam ser tornadas mais transparentes, prestar contas e divulgar de forma ampla e visível os seus custos e resultados, pela Internet, por exemplo. O controle ou auditoria deve ser feito *a priori*, privilegiando as necessidades dos clientes, a melhoria da qualidade dos serviços, a facilidade de acesso aos mesmos, os critérios de hospitalização e o cumprimento dos programas de saúde.

Há necessidade da criação de estruturas sociais mínimas, valorizando o poder local e abrindo espaço para a inserção do indivíduo. Mas como cuidar da saúde de forma participativa e se fazer cidadão com um quarto do salário mínimo para viver? A fragilidade do projeto do SUS reside em tentar fazer um modelo descentralizado sem, antes, oferecer condições de saneamento, água limpa e alimentação à população, e sem se criarem mecanismos para a distribuição da renda.

As ações de saúde não surtirão efeito se não forem feitas em consonância com as demais ações; não adianta fornecer educação para quem não come há mais de um dia ou está doente; não adianta consultar e dar receita para quem não pode comprar remédio ou alimento, e não adianta dizer que esse problema é de outro ministério ou secretaria. As pessoas não têm compartimentos específicos para cada ministério ou secretaria, e o público-alvo do ministério A, o cidadão, é o mesmo do ministério B.

Todavia, como construir essa participação social? Nas palavras de William H. Drapper III, na abertura do Human Development Report, 1993:

The challenge for the development community in all this is to identify practical and pragmatic options. The best route is to unleash people's entrepreneurial spirit - to take

risks, to compete, to innovate, to determine the direction and pace of development.
(Undp, 1993)

Já existem experiências nas quais a comunidade trabalha na administração das instituições de saúde, ajudando a desburocratizar e descentralizar as ações administrativas, como na província de Buenos Aires, Argentina. Por meio da ação do governo local, ocorreu autêntica descentralização dos hospitais, organizados regionalmente para permitir um trabalho em rede. A presença da comunidade é de excepcional importância, pois ninguém mais do que ela é interessada no bom funcionamento das estruturas de saúde (Hidalgo, 1997, p. 4). No Brasil, podem ser citadas as experiências inovadoras de Santos, Penápolis, Campinas e Belo Horizonte, entre outras.

Políticas centralizadas e burocratizadas perdem a razão de ser, e, principalmente, perdem a eficácia, em uma sociedade complexa e constituída de múltiplos atores sociais. Mudanças rápidas, gerando situações complexas necessitam também rápidos ajustes das políticas, impossíveis em uma estrutura grande e centralizada, e exigem maior participação dos atores sociais envolvidos. Daí a importância de transparência nos processos decisórios e o tornar viáveis os interesses.

Na prática, mais importante do que resolver-se pela privatização ou estatização da saúde, é a correta hierarquização dos vários espaços institucionais. Os macroproblemas, a macropolítica, as disparidades regionais, as questões de longo prazo devem caber aos níveis centrais de decisão, enquanto problemas mais específicos devem ser resolvidos por instâncias decisórias mais próximas do cidadão (Dowbor, 1994a, 1995, p. 5). Atualmente, com cerca de 80% da população vivendo em cidades, estas, e especialmente as megalópoles, devem assumir as atribuições que anteriormente competiam ao governo central.

A legislação existente propõe, fundamentalmente, a descentralização financeira, não a decisão local do que e como fazer com ampla participação da comunidade, aí incluídos, além do prefeito e dos vereadores, os empresários, sindicatos, escolas: enfim, os diversos atores sociais do município, agregados em um fórum de desenvolvimento.

As atuais competências da União, dos estados e municípios e a forma de participação social por meio dos conselhos de saúde foram decididas de cima para baixo, desconsiderando a realidade e a diversidade locais, e assumindo uma inexistente homogeneidade da cultura nacional. É preciso admitir o regionalismo, a pluralidade cultural, as diferentes necessidades e os costumes

locais, coerentemente com a realidade da globalização (Drucker 1989 e 1993) e com a visão de um Estado com novas funções (Naisbit, 1995, e Dowbor, 1994b, pp. 95-117), e melhor definir as atribuições de cada instância, sem margem a interpretações.

Os recursos de financiamento devem ser recolhidos e gastos localmente; atualmente, os impostos coletados viajam pelo País, com perdas de percurso muito grandes (Carvalho, 1991, pp. 8-22, e Muller Neto, 1989, pp. 23-28). Na Escandinávia, o âmbito municipal é responsável pelo gerenciamento direto de mais de 65% dos recursos públicos (Dowbor, 1995, p. 8). A centralização é justificada de vários modos, mas vale lembrar que, aos interesses político-clientelistas da burocracia central, adicionam-se outros tantos dos intermediários na liberação de verbas, dos fornecedores de bens e serviços, e dos demais atores que são beneficiados com a manutenção das atuais estruturas, e, portanto, oferecem forte resistência à mudança (Rezende, 1992, p. 2).

Além da descentralização da ação, é preciso modificar os modelos organizacionais, para que novas formas de trabalho e gestão possam ser adotadas. Isto implica desmontar as megaestruturas de caráter monopolístico e centralizado, e atacar de alguma maneira o corporativismo, as "reservas de mercado".

Não se trata de reformar o Estado para atrapalhar menos o mercado, mas para que trabalhe mais para a sociedade (Kliksberg, 1992). O Estado deve garantir à população acesso à saúde ou à educação, e atuar mais como promotor das ações e menos como provedor direto. Deve ainda ser capaz de promover a competição no setor da saúde, estar orientado para missões e resultados, e servir o cidadão enfatizando o controle social.

Transportando essa idéia para o plano da saúde, e levando-se em conta as disparidades sociais do País, o Estado, evidentemente, terá um papel relevante na saúde pública. Dado que essas atividades são pouco lucrativas, atrairão menor interesse dos grupos econômicos, e se o Estado não as fizer, ninguém mais as fará. Mas fazendo-as bem, diminuirá de forma sensível o acometimento de várias doenças entre a população. Porém, se essa ação não for negociada eficazmente com os grupos de interesse, não sairá do papel, pois estes, tendo seus interesses contrariados, resistirão à mudança.

Mas, afinal, alguém é contra a saúde? Se, por um lado ninguém se manifesta contra a saúde, por outro, muitos lucram com a doença. Em cifras conservadoras, o mercado da saúde, ou da doença, movimenta atualmente

US\$ 35 bilhões/ano, e não há dúvidas quanto à intensidade dos interesses econômicos no negócio, vistos o desejo de empresas estrangeiras virem a operar no País, o sucesso de eventos de venda de equipamentos médico-hospitalares e os crescentes resultados operacionais do setor.

A história dos planos visando a melhoria da saúde é uma feira de insucessos, justamente por ignorar a existência dos interesses articulados na saúde, opondo resistência à mudança. A atual legislação sobre os planos de saúde, o plano de Ações e Metas Prioritárias, a NOB/96, e também toda a legislação anterior, até a Constituição de 1988, passam ao largo dos diferentes interesses, como se eles não existissem. Assumem uma governabilidade que não têm, ignorando o governo dentro do governo, as bancadas organizadas, os grupos de interesse, a resistência dentro das próprias estruturas de governo e aquela exercida pelos atores desconsiderados.

Pressupõem ainda um grau de organização social que não possuímos, para controlar a distribuição de recursos para o atual modelo assistencial. Este, tal como está estruturado, aumenta as desigualdades de assistência, pois baseia-se nos interesses privados e não nas necessidades da população, visto estar fundado na privatização, hospitalização e especialização.

A superação das dificuldades na saúde implica tornar transparentes os processos decisórios em todas as instâncias, o arejamento de idéias, a explicitação dos interesses de cada um. Diante de tal espectro, o debate e a negociação são fundamentais. Sem negociar e compatibilizar interesses, as estruturas vão resistir ainda mais às tentativas de reforma, pois respondem à própria lógica, muitas vezes alheia às necessidades do cidadão/cliente.

É necessário propor instâncias formais de negociação, nas quais possa existir a transparência; quanto menos se ocultar a existência dos interesses, mais fáceis ficam as negociações e também as soluções. Os avanços quanto à melhoria da saúde dependem da percepção de que a saúde é, hoje, um negócio de gigantescas proporções para determinados segmentos, e quanto mais cedo se anexar à medicina do sacerdócio o conhecimento dos interesses em jogo, mais cedo será possível pactuar uma conduta que leve em conta as necessidades de todas as partes, dentro de soluções que permitam o comportamento ético. Se, por um lado, este é um processo mais moroso, por outro, permite a criação de bases sociais mais sólidas (Mendes, 1996, p. 49).

Em síntese, e essa é a tese central, na medida em que não se explicitam os diversos interesses, não se identificam as necessidades e não se negocia com

os segmentos em oposição, não haverá mudanças na saúde. Acordos nos quais todas as partes têm algum grau de benefício são mais viáveis e duradouros.

Referências bibliográficas

- CARVALHO, G. C. M. (1991). O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. *Saúde em Debate*. São Paulo, n. 33, dez. de 1991, pp. 8-22.
- CHAVES, M. e ROSA, A. R. (org.) (1990). *Educação médica nas américas – O desafio dos anos 90*. São Paulo, Cortez.
- COSTA, O. V. e AUGUSTO, M. H. O. (1995). Uma escolha trágica: saúde ou assistência médica?. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, Seade, v. 9, n. 3, jul-set/1995, pp. 94-100.
- DEMO, P. (1989). *Metodologia científica em ciências sociais*. 2 ed. São Paulo, Atlas.
- DOWBOR, L. (1982). *A formação do capitalismo dependente no Brasil*. São Paulo, Brasiliense.
- _____ (1994a). *O que é poder local*. São Paulo, Brasiliense.
- _____ (1994b). Governabilidade e descentralização. *Revista do Serviço Público*. Brasília, ENAP, v. 118, n. 1, jan-jul 1994, pp. 95-117.
- _____ (1995). Da globalização ao poder local – a nova hierarquia dos espaços. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, Seade, v. 9, n. 3, jul./set., p. 5.
- DRUCKER, P. (1989). *As novas realidades*. São Paulo, Pioneira.
- _____ (1993). *Sociedade pós-capitalista*. São Paulo, Pioneira, 1993.
- FERREIRA, C. M. M. (1996). Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. *Revista do Serviço Público*. Brasília, ENAP, v. 120, n. 3, set./dez. 1996, p. 26.
- FRIEDMANN, J. (1992). *Empowerment, the politics of alternative development*. Cambridge, USA, Blackwell.
- GALLO, E. et al (1992). *Planejamento criativo, novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- GALLO, E. (org.) (1995). *Razão e planejamento – reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo, Hucitec.
- GONÇALVES, R. B. M. (1991). A saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. *São Paulo em perspectiva*. São Paulo, Seade, v. 5, n.1, jan./mar., pp. 99-106.

- HIDALGO, M. E. (1997). Comunidade na saúde. *Gazeta Mercantil Latino Americana*, 10-16/02/97, p. 4.
- KLIKSBERG, B. (1992). *Como transformar o Estado – Para além de mitos e dogmas*. Brasília, ENAP.
- MENDES, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec.
- MULLER NETO, J. S. (1989). O município e o financiamento da saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, n. 27, dez., pp. 23-28.
- NAISBIT, J. (1995). *Global paradox*. New York, Avon.
- OLIVEIRA JUNIOR, M. (1993). Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do SUS no Brasil. *Saúde em Debate*. São Paulo, n. 38, mar., pp. 55-69.
- OPAS (1991). A medicina de grupo no Brasil. *Desenvolvimento de Políticas de Saúde*. n. 1, Brasília.
- OSBORNE, D. e GAEBLER, T. (1994). *Reinventando o governo – como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Brasília, MH.
- PNUD/IPEA (1996). *Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil 1996*. Brasília.
- RAGGIO, A. (1997). Secretários de saúde pedem descentralização. *Gazeta Mercantil*. 14/03/97, p. A-8.
- REZENDE, F. (1992). O financiamento da saúde pela municipalização do contribuinte. *Saúde em Debate*. São Paulo, n. 35, jul., pp. 51-55.
- SILVA, L. J. (1996). Não ao caloteiro contumaz. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, jun., p. 3.
- SENGE, P. (1990). *A quinta disciplina – arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo, Best Seller.
- TEIXEIRA, I. (1994). Saúde, o poder da privatização. *Conjuntura Econômica*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 11, nov.
- UNDP (1993). *Human development report 1993, peoples participation*. New York, Oxford University Press.