

Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás

Jairnilson Silva Paim **

** Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

No presente artigo apresenta-se uma sucinta revisão das características e conseqüências das políticas de saúde das duas últimas décadas para enfatizar o caráter contraditório do Plano do CONASP, enquanto contenção de gastos com assistência médica e, simultaneamente, invasão das políticas racionalizadoras no âmbito da Previdência Social. Assume-se a proposta das Ações Integradas de Saúde como componente originalmente subalterno do Plano do CONASP e como redefinição democratizante de uma política racionalizadora que passou a ter mais espaço com o avanço das lutas democráticas. Assim são apresentados dez motivos para se apostar nas AIS na conjuntura atual: 1) Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; 2) Planejamento e administração descentralizados; 3) Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; 4) Possibilidade concreta de participação popular organizada; 5) Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde; 6) Respeito ao princípio federativo; 7) Respaldo de forças sociais atuantes no setor; 8) Perspectiva mais concreta de viabilidade; 9) Incorporação do planejamento à prática institucional; 10) Responsabilidade das Universidades na formulação e implementação de políticas de saúde. Finalmente, procura-se identificar os aliados para a estratégia das AIS com vistas a reestruturação substantiva do setor saúde, desde quando não se considera defensável alimentar um falso dilema entre a proposta das AIS e a do Sistema Único de Saúde.

* Trabalho apresentado na mesa-redonda "Reorganização dos Serviços de Saúde e AIS" durante o III Congresso Médico-Social da Bahia, Salvador, 18-22 de novembro de 1985. Promoção da Associação Bahiana de Medicina.



A partir de década de 70, uma produção significativa de estudos e pesquisas no campo das políticas de saúde vem indicando as relações entre saúde e estrutura social, os determinantes da crise do setor e analisando, diante das conjunturas, algumas alternativas de superação^{3, 14, 17, 25, 32}.

Ao tempo em que se delineava a crise do setor, o próprio Estado autoritário reagia às críticas formuladas contra o modelo dominante de prestação de serviços de saúde, através de iniciativas de cunho modernizante e racionalizador, Cadernos de Saúde Pública, R.J., 2(2):167-183, abr/jun, 1986

Recebido para publicação em
24/02/86.

ainda que preservando tal modelo nas suas características fundamentais.

Resumidamente, as políticas de saúde empreendidas no período iniciado com a unificação dos IAPs (1966) até a aprovação do chamado “Plano do CONASP” (1982) apresentam as seguintes características:

a) “extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e parte da população rural”;

b) orientação da Política Nacional de Saúde para o privilegiamento da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo;

c) “um aparente paradoxo: a crescente intervenção estatal, através da Previdência Social, atuando como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade, favorecendo os produtores privados destes serviços”;

d) “criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos”;

e) “diferenciação da prática médica em função da clientela, mas especificamente, em função dos requisitos do processo produtivo no qual as diferentes frações da classe trabalhadora se inserem”³².

Essas políticas, de corte nitidamente privatizante e anti-popular, geravam contradições no interior do próprio Estado em função das seguintes conseqüências:

a) “impossibilidade de atender à crescente demanda por serviços de saúde, face ao aumento dos custos destes serviços especializados sofisticados e incorporadores de tecnologia importada;

b) impossibilidade de controlar os custos da atenção médica previdenciária, já que o modelo é em si mesmo corruptor e corruptível;

c) impossibilidade de atender aos requisitos básicos do planejamento e racionalização das ações de saúde, já que a competição entre os interesses privados leva à concentração dos serviços, descoordenação e ineficácia”³².

Para o alívio das tensões acumuladas pelo desenvolvimento capitalista brasileiro relacionadas às péssimas condições de vida e de saúde de parcelas significativas da população e para a suavização dos efeitos perversos das políticas de saúde antipopulares, os governos pós-74 assumiram um discurso “social” criando espaços para políticas racionalizadoras, paralelas e subalternas coexistindo, nem tão pacifica-

mente com as políticas dominantes de capitalização do setor saúde²⁵.

Nesse particular, cabe destacar a Lei 6229 que criou o Sistema Nacional de Saúde (1975), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS-1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE-1980) e o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP-1982), iniciativas que têm sido objeto de várias discussões e estudos^{23,25}. Embora parciais, são considerados por estudiosos e técnicos da área como passos significativos para a reordenação do setor^{1,3,25}. O fato mesmo dessas propostas sofrerem boicotes na sua implementação, de algum modo, sugere certo potencial de mudança.

O ESPAÇO CONTRADITÓRIO DO PLANO CONASP

No que se refere ao Plano do CONASP, Teixeira³² sugeriu uma “dupla leitura” acerca dessa proposta política:

1. “A mera contenção dos gastos da Previdência com assistência médica, preservada a hegemonia do setor privado prestador de serviços médicos e o modelo lucrativo e curativo”;

2. “uma mudança profunda do próprio modelo em direção a um sistema único de saúde, com a direção do setor público, integração e hierarquização dos serviços, universalização do direito à assistência, integração das práticas preventivas e curativas, etc”.

A autora reconhece ainda ser o CONASP “um campo estratégico de luta entre estas duas propostas de organização da medicina onde cada medida, cada portaria, cada departamento, cada convênio, devem ser vistos como uma frente de batalha”. Conclui que “o resultado deste embate depende da organização dos interesses em jogo, de sua capacidade de articular alianças, alcançar apoio na sociedade e realizar pressões efetivas para determinar o curso subsequente deste processo³²”.

Ao analisar os enfrentamentos ideológicos e políticos em relação ao Plano do CONASP, Paim²⁵ destaca que “este plano adquire um significado expressivo no âmbito das políticas de saúde no Brasil, pois representa a invasão mais abrangente das políticas racionalizadoras na organização da assistência médica da Previdência Social”²⁵. Admite que, “apesar da crise financeira não se ter restrito às lutas ideológicas, os enfrentamentos políticos que ocorreram, transbordando a questão saúde, têm encontrado uma situação bastante adversa para as lutas da classe trabalhadora”. Esta se traduzia pela recessão, pelo desemprego e pela indefinição do quadro político institucional no ano de 1983. Embora

sem a participação das classes populares na política de saúde seja “impensável a efetivação de propostas realmente alternativas”, chamava a atenção o fato de que para os trabalhadores de saúde o plano o CONASP não lhes pôde ser estranho”²⁵ sob pena de transformar-se em algo à imagem e semelhança do regime então vigente: autoritário, tecnocrático e antipopular. Daí a conclusão de que para se antepor a tais condições, se faziam indispensáveis “o aprofundamento crítico da consciência em relação às políticas de saúde e a maior capacidade de organização e mobilização para fazer política aqui e agora”²⁵.

E o que ocorreu com a sociedade brasileira a partir de então? Houve a maior mobilização popular já registrada na história desse país, a partir da campanha das *diretas já*, seguindo com desenvoltura em torno da candidatura de Tancredo Neves.

Enquanto se cortavam os nós do autoritarismo, propostas subalternas no interior do Plano CONASP relacionadas com a sua “segunda leitura” (Convênio Trilateral e Programa das Ações Integradas de Saúde – PAIS), passaram a encontrar mais espaço. Assim, ainda em 1983, houve a implantação do então PAIS para 15 Unidades da Federação^{21, 32} e em maio de 1984 foi estabelecida a *estratégia* das Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo além do MPAS, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mais dois Ministérios: Educação e Saúde^{6, 7}. A partir de então, a proposta se expande para os demais estados^{20, 28}, mesmo que em termos orçamentários tenha peso expressivamente menor se comparado com a quantidade de recursos repassados para o setor privado.

No âmbito da sociedade civil, diversas forças atuantes na política de saúde elaboraram propostas para o V Simpósio de Política Nacional de Saúde, a partir do qual o Parlamento da Saúde cimentou um conjunto de articulações com vistas ao Programa de Governo da Transição Democrática⁴. O documento final do encontro reforçava a estratégia das AIS como caminho para o Sistema Único de Saúde, de modo diverso àquele lançado por Secretários de Saúde em julho de 84¹³ que propunha a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde e, estranhamente, ignorava a proposta das AIS que beneficiava muitas dessas Secretarias de Saúde²⁰.

Com as possibilidades de mudanças anunciadas pela Aliança Democrática, o conjunto de documentos mais expressivos em termos de proposições políticas para a saúde se apresentava bastante convergente. Variavam, no entanto, em relação à ênfase concedida à estratégia das AIS e, especificamente, quanto ao modo e ao momento da unificação do sistema de saúde^{4, 9, 10, 12, 15, 26, 27, 30}.

Essa discordância se polarizou em função da reivindica-

ção pela transferência do INAMPS e do CEME para o Ministério da Saúde³³ apresentada pelo respectivo Ministro, culminando com a “lei delegada” encaminhada pelo Congresso Nacional, em 28.05.85, ao Senhor Presidente da República “dispondo sobre a reestruturação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social”⁸.

A recusa do Ministério da Previdência e Assistência Social e de sindicatos de trabalhadores³³ a uma transferência imediata do INAMPS, sem tempo suficiente para uma discussão cuidadosa da questão com os interessados e num período anterior ao reordenamento jurídico-político do país a ser proposto pela Assembléia Nacional Constituinte, bem como o fato de o Presidente José Sarney não remeter o projeto de lei delegada à apreciação do Congresso Nacional no prazo de 45 dias, assinando as modificações propostas em relação ao INAMPS, colocam, presentemente, a estratégia das AIS como a forma mais concreta de viabilizar as políticas de saúde da Nova República.

POR QUE APOSTAR NAS AIS

A recuperação da estratégia das AIS pela política de saúde do Governo Sarney⁵ enseja um conjunto de questionamentos entre os interessados na concretização das mudanças na área de saúde. Como uma proposta filha do governo autoritário pode servir à democracia? Por que privilegiar a integração das ações em vez da unificação dos serviços numa só estrutura? Como assegurar a participação da população organizada sem cooptar ou manipular suas lideranças no âmbito das comissões interinstitucionais? De que modo poder-se-ia comprometer os profissionais de saúde e os demais trabalhadores do setor na valorização dos serviços públicos? Como financiar a universalização da atenção médico-hospitalar dentro de uma política de corte de gastos públicos? Como romper com a inércia burocrática e com o clientelismo político que sabotam as propostas mais avançadas de planejamento de saúde? Como é possível decidir por consenso em instâncias colegiadas compostas de instituições com diferentes interesses, propostas e pesos políticos? Como acreditar essa proposta de mudança se parte substantiva dos recursos do INAMPS ainda é canalizada para o setor privado?

Essas e outras perguntas estão presentes nos debates sobre as AIS em distintas oportunidades, e deixam perplexos os profissionais responsáveis pela elaboração dos programas e pela sua implementação e avaliação.

Nessa perspectiva, cabe explicitar na atual conjuntura alguns motivos para se apostar nas AIS:

- 1º – *Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde.* Responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde, definição de programas a partir das doenças mais prevalentes, integralidade das ações de saúde, regionalização e hierarquização única dos serviços, valorização das atividades básicas, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública, desenvolvimento de recursos humanos, participação dos segmentos sociais na definição de necessidades e na avaliação^{6,7} correspondem à assimilação de um conjunto de propostas elaboradas por distintas entidades e críticos do sistema de saúde. Do mesmo modo, proporcionar alto grau de resolutividade dos serviços desenvolvendo-os técnica e gerencialmente, valorizar o trabalho dos profissionais de saúde, reorientar as atividades de ensino, pesquisa e serviços das Universidades e planejar a cobertura assistencial, de acordo com parâmetros passíveis de serem redefinidos^{6,7} constituem-se em objetivos de uma organização de serviços de saúde comprometida com as necessidades sociais.
- 2º – *Planejamento e administração descentralizados.* A constituição de comissões (CIS, CRIS, CIMS e CLIS) nos níveis estadual, regional, municipal e local⁶ possibilitam a descentralização do processo de planejamento e da administração, que significa um corte em relação às práticas autoritárias e tecnocráticas que deformaram o trabalho dos técnicos de saúde no Brasil. Na medida em que essas comissões se estruturam e dispõem de secretarias técnicas permanentes, abre-se uma grande possibilidade de experimentação de alternativas técnicas e políticas capazes de redefinir o planejamento e a administração de saúde. Assim, se o entendimento teórico da relação entre saúde e estrutura social, possibilitado pela contribuição das ciências sociais para a área de saúde coletiva estimulou o repensar do planejamento de saúde, o campo de experimentação aberta pelas AIS, permite hoje refazê-lo crítica e praticamente.
- 3º – *Instâncias deliberativas permeáveis à negociação política.* A existência dos órgãos colegiados decisórios, anteriormente citados, redimensiona a concepção funcionalista de integração predominante na teoria de sistemas. Em vez da mera integração “religiosa” ou mesmo “ecumênica” em que todos se mobilizariam com o humano a fim de melhorar a saúde do povo e, ao contrário de uma unificação autoritária em que o governo decide unilateralmente pela extinção de insti-

tuições ou pela criação de outras, tem-se uma *colaboração negociada* na qual sujeitos concretos, representantes de interesses distintos, passam a desenvolver um trabalho conjunto e politizável reconhecendo a diversidade e as peculiaridades dos demais.

- 4º – *Possibilidade concreta de participação popular organizada*. A participação da população na definição de necessidades, no encaminhamento de soluções, na fiscalização e controle dos serviços de saúde e na avaliação do nível de desempenho da assistência prestada, tem sido muito difundida nos documentos oficiais nos últimos 10 anos²⁴. Todavia, tal participação limitou-se, na maioria das vezes, à mera retórica das instituições. No caso das AIS, esta proposta fica amparada formalmente através dos convênios, termos aditivos e termos de adesão, na medida em que possibilita representação nas CRIS, CIMS e CLIS. Caberá, no entanto, ao movimento popular, pressionar pela sua efetivação, ocupando os espaços contraditórios abertos pelas AIS e constituindo uma hegemonia na prática cotidiana da política de saúde que obviamente não é dada a priori.
- 5º – *Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde*. A traumática experiência da unificação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) no Brasil em 1966, propiciada pela ditadura, põe sob suspeição as iniciativas visando a implantação brusca de um sistema unificado de saúde. Ainda que se reconheça tratar-se de uma *imagem-objetivo*, vislumbrada num leque variado de propostas de reforma de saúde, não se pode perder de vista a perspectiva estratégica já inscrita no Documento do CEBES de 1979¹¹. Este Sistema Único de Saúde só tem sentido com a democratização da saúde. Esta é um processo que passa pela democratização da sociedade brasileira e do Estado, em particular. Nesse processo, cumpre assegurar, antes de mais nada, as condições para torná-lo público gratuito, regionalizado, descentralizado e democrático. No contexto atual isso significa: a) comprometimento da União na cobertura econômico-financeira do sistema; b) reconhecimento constitucional do direito à saúde como inerente à cidadania e como dever do Estado; c) viabilização da participação popular organizada no controle do sistema nos diferentes níveis.
- 6º – *Respeito ao princípio federativo*. A organização do Estado Brasileiro estabelece diferentes níveis de poder como o federal, o estadual e o municipal. Nesse sentido, qualquer proposta que incida sobre a reestruturação dos serviços de saúde no plano nacional tem

que se adequar a essa organização, particularmente no que se refere a autonomia dos níveis estadual e municipal¹⁶. As AIS respeitam tal autonomia, ainda que contrabalancem o peso do município e do estado na definição das respectivas políticas de saúde, através da representação do Ministério da Saúde, do MPAS, e do Ministério da Educação nas CIS, CRIS, CIMS e CLIS.

7º – *Respaldo de forças sociais atuantes no setor.* A proposta das AIS, como estratégia para a reorientação do setor saúde e enquanto travessia para a unificação progressiva do sistema, foi assumida integralmente pelo Parlamento da Saúde, constando do Relatório Final do V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados em novembro de 1984⁴. Este evento constituiu-se no maior fórum de debates com categorias e entidades representativas da área dos últimos anos. Posteriormente, a estratégia das AIS foi recomendada pela GT Parlamentar do PMDB e incorporada pelo documento do COPAG, encaminhado ao presidente eleito Tancredo Neves, especialmente no item correspondente ao plano de emergência².

8º – *Perspectivas mais concretas de viabilidade.* Ao contrário do PIASS e do PREV-SAÚDE, as AIS surgem da iniciativa do CONASP, organicamente vinculado ao INAMPS, instituição hegemônica na prestação de serviços de saúde no Brasil. Tratando-se de uma proposta originalmente racionalizadora, com espaços democráticos de reserva, é orgânica a conjuntura de transição e poderá ser aprofundada e ampliada pela ação dos movimentos sociais e dos partidos políticos. Presentemente, a proposta das AIS constitui-se na política prioritária do INAMPS e do MPAS²⁸ junto ao combate às fraudes e ao fortalecimento dos serviços próprios. Foi ainda ratificada pelo Governo Sarney através da Portaria Interministerial nº 1/MS/MPAS/MEC em 07.06.85 considerando “as diretrizes e objetivos do governo quanto ao desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde” e a “necessidade de racionalização dos recursos” e enfatizando as diretrizes de integração interinstitucional, participação e controle social, descentralização e universalização do atendimento⁵. Constata-se desse modo que, pelo menos no plano do discurso, essa proposta conta com um amplo leque de apoio e de consenso. Não se deve descartar, porém, a possibilidade de que enfrentamentos técnico-burocráticos entre o MPAS e o MS possam sabotar, no plano da prática, as perspectivas vislumbradas de viabilidade.

9º — *Incorporação do planejamento à prática institucional.*

O estímulo à elaboração de planos que contemplem uma aproximação à realidade local e a sua compatibilização nos níveis regional e estadual representa uma prática inovadora nas instituições de saúde, já cogitado pela técnica CENDES/OPS, embora inviabilizada nos últimos 20 anos pelo centralismo e autoritarismo dos governos latino-americanos²³. A definição de metas físicas a partir do diagnóstico de saúde servirá para a rotinização de mecanismos de acompanhamento e de avaliação. A absorção progressiva do planejamento pela prática dos agentes de saúde permitirá não só a revisão dos parâmetros vigentes, mas, sobretudo, o aprimoramento dos instrumentos de programação e a socialização do saber planejador entre os trabalhadores de saúde.

10ª — *Responsabilidade das universidades na formulação e*

implementação de políticas de saúde. Pela primeira vez na história brasileira as Universidades e o próprio Ministério da Educação são convocados a participar de um consórcio compartilhado de responsabilidades para a consecução de objetivos estratégicos no campo das políticas de saúde. Ainda que a motivação básica desse Ministério venha sendo a captação de recursos para a manutenção dos hospitais universitários, desvincilhando-se dos seus compromissos em relação aos mesmos, espera-se que o potencial crítico existente nas Universidades possa traduzir-se na ocupação de espaços políticos visando ao desenvolvimento de articulação ensino-pesquisa-serviço, no âmbito da saúde, reaproximando o mundo do estudo ao mundo do trabalho, na busca da redefinição da formação de recursos humanos em função das necessidades sociais majoritárias.

QUAIS SÃO OS ALIADOS E COMO ARTICULÁ-LOS

Não obstante esse decálogo de motivos a justificar o envolvimento e o comprometimento dos democratas e dos interessados na melhoria dos serviços de saúde, com a estratégia das AIS, problemas de diferentes ordens se contra-põem ao seu desenvolvimento, dificultando, inclusive, as análises de viabilidade. Em determinados momentos tem sido difícil identificar as forças sociais que representam um apoio real (e não apenas formal) a essa política, já que os seus opositores estruturais são relativamente fáceis de serem encontrados²².

Portanto, coloca-se como questão prioritária a qualifica-

ção dos eventuais aliados para a estratégia das Ações Integradas de Saúde. Embora se reconheça que a análise cuidadosa dos problemas verificados na implantação e implementação dessa proposta seja importante para a viabilização da estratégia, teme-se que fatos políticos de conjuntura atoplem as análises e restrinjam as iniciativas de composição de alianças e de vitalização de ações técnicas e administrativas.

Não apenas a "lentidão da burocracia", como bem assinala o Presidente Sarney³¹, emperra os programas sociais do seu governo. A inércia burocrática tem sido reconhecida como um dos componentes do fogo cruzado acionado contra o planejamento social e de saúde em particular. O outro componente, não menos importante, é o clientelismo político que ainda se transmite e se irradia no alvorecer da Nova República. Acrescem-se a esses adversários históricos permanentes o renascer do populismo, a compreensível resistência social contra o planejamento (naturalmente reconhecido como tecnocrático após 20 anos de ditadura), a crise fiscal do Estado e a compressão salarial sofrida pelos trabalhadores de Saúde, impelindo-os às lutas predominantemente corporativistas.

Nessa perspectiva, o aliado fundamental para a viabilização das AIS é o povo. Como afirmou Cecília Donnangelo¹⁸, uma proposta radicalmente alternativa no âmbito da saúde ou é "construída com a população ou não será construída". A conjuntura atual aponta para a oportunidade dessa afirmativa, embora com a devida atenção para os desvios demagógicos e populistas.

Evidentemente que a análise política não pode se fixar numa abstração ideológica como "povo em geral". Há que se identificar as frações da classe trabalhadora, predominantemente usuárias dos serviços previdenciários próprios e contratados assim como os segmentos sociais que consomem serviços estaduais e municipais, articular rapidamente as suas entidades representativas aos órgãos gestores das AIS e estimular a criação de comissões de bairros ou conselhos populares de saúde que pressionem pela agilização das ações¹⁹. Para tanto se faz necessária uma *campanha publicitária de massa para divulgação das AIS*, destacando a saúde como direito do cidadão, dever do Estado e função pública.

Não se deve temer as contradições geradas nesse processo. Os serviços terão de responder a demanda da população ainda que para isso venham a pressionar os escalões superiores das instituições e os próprios órgãos gestores das AIS.

A superação parcial desses problemas criará novas contradições que deverão ser contempladas dentro do processo real de construção democrática. Este é o maior desafio para os trabalhadores de saúde nos próximos anos, mesmo que as AIS possam ser substituídas por uma reforma sanitária mais

ampla e profunda, resultante do novo reordenamento político-jurídico que terá o país a partir do processo constituinte.

Um outro conjunto de aliados imprescindíveis ao projeto de democratização da saúde é representado pelos *parlamentares* e pelos *partidos políticos* mais comprometidos com a democracia e com os interesses da classe trabalhadora e dos demais segmentos populares. Concluída a votação para a organização da Assembléia Nacional Constituinte e as eleições para prefeitos, a questão saúde necessita ser politizada através de articulações de entidades representativas e de lideranças da área com as direções dos partidos políticos mencionados e com parlamentares e candidatos às eleições de 1986. Em tais articulações deverão ser contempladas as estratégias de redefinição das políticas de saúde, durante as quais as AIS já se apresentam como parte da realidade, assim como uma concepção abrangente da saúde e de seus determinantes construída pela produção científica da Medicina Social Brasileira. O *Parlamento da Saúde*, nessa perspectiva, se coloca como o interlocutor privilegiado para essas articulações pelo potencial de ampliação de contatos políticos e de costura de projetos convergentes.

Se no plano político mais amplo faz-se necessária a identificação do arco maior de alianças em função do reordenamento do setor saúde, tendo as AIS como eixo condutor, no plano técnico se faz imperiosa a adoção de um planejamento estratégico comprometido com a mudança. Nesse particular é válido citar alguns passos para a implementação das AIS e requerer o exercício da pressão e da negociação²²:

1. definição de objetivos finais e intermediários;
2. identificação de alianças e de oposições estruturais e conjunturais;
3. adequação e organização dos recursos disponíveis e a conquistar;
4. formulação de estratégias e táticas visando a organizar alianças e utilizar bem nossos recursos e desorganizar oposições e anular recursos adversários²².

Esta preocupação já se faz presente no âmbito da Direção Geral do INAMPS e em discussões técnicas dos responsáveis pela implementação da proposta das AIS em alguns estados. Como medidas concretas e imediatas foram destacados por Machado²² as seguintes:

1. desenvolver um programa de capacitação de quadros visando a ação política que deverá ser desenvolvida em todos os Estados para mobilização de apoio político social às AIS;
2. preparar um programa de intensificação do debate sobre as AIS nos encontros estaduais, com ampla

- participação de lideranças populares, para consolidação de planos municipais de saúde;
3. programar encontros específicos de avaliação de normas, sobretudo das mais críticas e que versam sobre pontos de evasão de recursos do INAMPS, com ampla abertura e divulgação pela imprensa;
 4. elaborar um cronograma de atividades simples com previsão de recursos mínimos para a sua consecução.

REDEFINIÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA

O desenvolvimento dessas ações técnico-políticas de forma competente, alargado pelo espaço de experimentação da estratégia das AIS, com o destaque para sua discussão, poderá empreender de modo mais seguro e eficaz a reestruturação substantiva do setor saúde.

A releitura dos principais documentos produzidos pelo movimento crítico de saúde, iniciado com o CEBES em 1976^{1,11,19,29} aponta para o fato de que a proposta de democratização da saúde é mais ampla que a simples transferência de órgãos e mais profunda do que a reorganização burocrática de aparelhos do Estado. Mesmo que passe por tais transferências e reorganizações não se pode confundir com as mesmas.

Assim é que Rodrigues Neto³⁰ apresentou as seguintes considerações sobre a fusão INAMPS/MS: “Não há dúvida que esse deve ser o destino do processo de implementação da política preconizada. No entanto, cabe a discussão da *oportunidade* de efetivação da fusão. O que se aventa é a grande dificuldade administrativa que isso acarretaria, dada as dimensões e estratificações exageradas das máquinas burocráticas das duas instituições, podendo impedir a consolidação de alguns processos de avanço mais funcional que poderiam se dar no período, como *preparação* para mudanças estruturais significativas a serem conquistadas através da Constituinte”³⁰. (Grifos nossos).

Do mesmo modo, o documento do GT – Parlamento Saúde do PMDB, coordenado pelo então Deputado Carlos Sant’Anna, destacava essa proposta: “sendo matéria que deve ter tratamento político quanto à oportunidade da medida (...) a questão não é impeditiva do avanço das reformas urgentes e necessárias no âmbito do setor (...) mesmo porque mudanças maiores deverão considerar necessariamente redefinição de papéis e responsabilidades entre os vários níveis da Federação, o que advirá de forma mais *legítima* pelo processo de formulação de nova Carta Constituinte”²⁷. Este, aliás, é o mesmo ponto de vista do Ministro Waldyr Pires ao afirmar que o projeto unificador “deve ser

discutido pelas entidades médicas, sindicatos de trabalhadores, empresários, e pela inteligência nacional”, além de ser objeto de discussão em nível de Assembléia Nacional Constituinte³³.

No que se refere a importância das AIS enquanto travessia para o Sistema Unificado de Saúde, Relatório Final com as proposições aprovadas pelo V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde, apresentou a seguinte diretriz para uma nova Política de Saúde:

— “Implantação de um Sistema Unificado de Saúde Federalizado e Democrático. Este processo deve ser constituído a partir do aprofundamento das experiências das Ações Integradas de Saúde — AIS, que coordenam os diversos serviços, no sentido de se intensificar a integração das diferentes instituições de saúde”⁴.

Esta proposta é também referida na Carta de Montes Claros⁹, priorizada pela ABRASCO, CEBES, SESB/PR²⁹, e destacada no programa emergencial proposto pelo Escritório-Técnico do Presidente Tancredo Neves². Este mesmo documento, no entanto, ao tratar da transferência do INAMPS para o MS, admite a possibilidade da mesma ser realizada por decreto presidencial, reforçando contraditoriamente a posição do CONASS que alterou o texto da 1ª diretriz do documento elaborado pela Regional do Sudeste do CONASS¹³, explicitando a proposta de incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde¹² de modo similar àquele apresentado pelo grupo Saúde do PMDB de São Paulo²⁶.

Finalmente, no caso do CEBES, esta polêmica é tratada de forma mais clara e politicamente competente:

“Grande parte do debate sobre as reformulações da assistência à saúde consome-se hoje na discussão da reformulação institucional do setor. Discute muito a fusão do INAMPS com o Ministério da Saúde, como se uma simples reforma administrativa tivesse o papel mágico de solucionar as graves dificuldades que todos reconhecem (. .). A reforma institucional deve portanto contemplar uma maior descentralização do processo decisório, administrativo e financeiro do setor. Essa descentralização não deve se restringir aos limites do executivo, devolvendo aos estados e municípios a possibilidade de definir forma de atendimento adequado às suas necessidades, mas também incorporar o legislativo em todos seus níveis enquanto representação política da sociedade no aparelho do Estado”¹⁰.

Conseqüentemente, o debate ocorrido na Velha República entre o Presidente do INAMPS e Secretários de Saúde^{13,20} foi na Nova República como se existisse realmente um dilema entre a proposta das AIS, assumida integralmente

concrete perspective of feasibility; 9) Incorporation of planning to the institutional praxis; 10) Responsibility of the Universities in the formulation and implementation of health policies. Finally, the paper tries to identify allies for the IHA strategy to rebuild the health sector, given that it is not possible to reinforce a false dilemma between the propositions of IHA and of Unified Health System.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Contribuição da ABRASCO para análise do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. In: ———. *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social*. Rio de Janeiro, ABRASCO, PEC, ENSP, 1983. v. 2, p. 103-7.
2. BORBA, E. coord. *Programa de ação do Governo, setor saúde*. Documento elaborado pelo Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves. s.n.t. 65 p.
3. BRAGA, J.C. de S. & PAULA, S.G. de Saúde e previdência; estudos de política social. São Paulo, CEBES – HUCITEC, 1981.
4. BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Proposta política para um programa de saúde. *Saúde em Debate*, (17): 33-6, 1985.
5. BRASIL. Leis, decretos, etc. Portaria interministerial 01/85, MS/MPAS/MEC; ratifica a estratégia das Ações Integradas de Saúde, entre outros. Brasília, 7 jun. 1985. *Informação para a Saúde*, 6 (7): 94, 1985.
6. BRASIL. Leis, decretos, etc. *Resolução 06/84*, MS/MPAS/MEC/CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 maio 1984. 3 p., anexo.
7. BRASIL. Leis, decretos, etc. *Resolução 07/84*, MS/MPAS/MEC/CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: orientação para programação anual e avaliação conjuntas. Brasília, 3 maio 1984. 3 p., anexo.
8. BRASIL. Leis, decretos, etc. *Resolução 01/85*, Senado Federal. Delega poderes ao Senhor Presidente da República para elaboração da lei dispoendo sobre a reestruturação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Brasília, 30 maio 1985. *Saúde em Debate*, (17): 52, 1985.
9. CARTA de Montes Claros. Muda saúde. *Saúde em Debate*, (17): 50-1, 1985.
10. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Assistência à saúde numa sociedade democrática. *Saúde em Debate*, (17) 8-11, 1985.

11. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área de saúde. *Saúde em Debate*, (9): 11-3, 1980.
12. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A questão da saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático. *Saúde em Debate*, 17: 21-2, 1985.
13. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Regional Sudeste. *A questão da saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático*. Belo Horizonte, 1984. 10 p.
14. CORDEIRO, H. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro, Graal, 1984. 175 p.
15. CORDEIRO, H. Financiamento do setor de saúde: proposta para a transição democrática. *Saúde em Debate*, 17): 37-40, 1985.
16. DALLARI, S.G. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo, Brasiliense, 1985. 104 p.
17. DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade; o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira, 1975. 174 p.
18. DONNANGELO, M.C.F. (debatedora). Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, Câmara dos Deputados, 1980. p. 83-8.
19. ENCONTRO POPULAR PARA SAÚDE. Rio de Janeiro, 1981. Documento dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, (11): 48-9, 1981.
20. FONSECA, A.S. Plano do CONASP: reflexões após dois anos de aplicação. *Saúde em Debate*, (17): 25-7, 1985.
21. FONSECA, A.S. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social*; primeiro ano. Documento apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado sobre a Previdência Social. Brasília, MPAS/INAMPS, 1983. 67 p.
22. MACHADO, F. de A. *Elementos de estratégia para condução das AIS pelo Departamento de Promoção de Saúde Individual*. s.n.t. 5 p. mimeo.
23. PAIM, J. S. A crise do planejamento autoritário em saúde. *R. Assoc. Psiq. Bahia*, 4: 56-61, 1981.
24. PAIM, J.S. Participação comunitária em saúde: realidade ou mito? *Cadernos do CEAS*, (91): 46-52, 1984.
25. PAIM, J.S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, (15/16): 8-15, 1984.
26. PARTIDO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. Diretório Central. Grupo saúde. Diretrizes básicas para o Cadernos de Saúde Pública, R.J., 2(2):167-183, abr/jun, 1986

- setor saúde no governo democrático. *Saúde em Debate*, (17): 18-20, 1985.
27. PARTIDO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. Grupo de Trabalho Parlamentar Saúde. A Nova República e o setor saúde; propostas. *Saúde em Debate*, (17): 42-8, 1985.
28. PIRES, W. *Novas diretrizes do Ministério da Previdência e Assistência Social e papel das Ações Integradas de Saúde (AIS)*. Discurso proferido na reunião do CONASS, em Curitiba, 9.5.85. s.n t. 14 p. mimeo.
29. REUNIÃO DE TRABALHO SOBRE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE. Curitiba, 27-29 ago. 1984. Relatório final. *Saúde em Debate*, (17): 23-4, 1985.
30. RODRIGUES NETO, E. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde, para um governo de transição democrática. *Saúde em Debate*, (17): 12-7, 1985.
31. SARNEY afirma: país vai dar certo. *A Tarde*, Salvador, 6 nov. 1985. p. 9.
32. TEIXEIRA, S.M.F. *Reorientação da Assistência Médica Previdenciária; um passo adiante ou dois atrás?* Rio de Janeiro, FGV, EBAP, 1984. 15 p.
33. UNIFICAÇÃO em debate. *Símula*, RADIS, (12): 1-2, 1985.