

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

JOÃO JOSÉ CANDIDO DA SILVA

**SAÚDE NO BRASIL:
EVOLUÇÃO HISTÓRICA, SUS E DESAFIOS FUTUROS**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

João José Candido da Silva

**SAÚDE NO BRASIL:
EVOLUÇÃO HISTÓRICA, SUS E DESAFIOS FUTUROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração, área de concentração em Políticas e Gestão Institucional.

Orientador: Nelson Colossi, Dr.

**Florianópolis
2005**

João José Candido da Silva

**SAÚDE NO BRASIL:
EVOLUÇÃO HISTÓRICA, SUS E DESAFIOS FUTUROS**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Administração (Área de concentração: Políticas e Gestão Institucional) e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, em 26 de julho de 2005.

Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann
Coordenador

Apresentada à Comissão Examinadora integrada pelos Professores:

Prof. Dr. Nelson Colossi

Prof^a. Dr^a. Alessandra de Linhares Jacobsen

Prof. Dr. Murillo Ronald Capella

AGRADECIMENTOS

À Deus, meus pais, à minha família, à minha esposa Lucy e às minhas filhas Ana Gabriela e Ana Flávia pela paciência e por fazerem parte da minha vida compartilhando alegrias e tristezas.

A minha filha Ana Flávia por ter me ensinado grande parte do meu conhecimento nesta informática moderna e pela ajuda substancial na montagem dessa dissertação.

Ao meu orientador, professor doutor Nelson Colossi, pela paciência, pelo bom humor, pela flexibilidade e motivação, quando surgiram contratemplos e obstáculos nessa caminhada que fizemos juntos na concretização desta dissertação.

Aos professores Maurício Fernandes Pereira e João Nilo Linhares pela força e incentivo e por participar desta conquista de forma especial.

Aos professores do Departamento de Ciências da Administração – CAD, por terem me acolhido em seu convívio.

Os doutores Clecio Espezin e Técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina pela colaboração inestimável.

Aos profissionais e técnicos do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ pela ajuda e convivência ao longo deste trabalho.

“A todos e as instituições, que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação, os meus sinceros agradecimentos”.

RESUMO

SILVA, João José Candido da. **Saúde no Brasil**: evolução histórica, SUS e desafios futuros. 2005. 219 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientador: Nelson Colossi
Defesa: 26/07/2005

Em certo período deste século, existiam somente entidades filantrópicas, ainda não se falava em hospitais públicos, pois as mesmas eram mantidas por contribuições e auxílio do governo. O único hospital existente era aquele que sempre contava com o trabalho de pessoas voluntárias. Com o passar dos tempos, surgiu a crise sócio-econômica e a sanitária, em decorrência do vultoso crescimento econômico, alastrando as epidemias e as endemias no país. Foi neste período que foram criadas medidas, através das campanhas sanitárias, para que pudéssemos salvar a população, quanto a sua saúde. Mais adiante, deparou-se com a necessidade de criarem o Ministério da Saúde, para novos serviços na Saúde Pública. Com este acontecimento, foi dada oportunidade à população em ter melhores condições na área da saúde, com a criação do CAP's e mais tarde com a criação do IAP's. Houve a divisão no setor da saúde: de um lado a saúde pública e de outro a assistência médica, através da previdência social. Houve reivindicação para que houvesse a reforma sanitária, entretanto a saúde da população piorava. O surgimento dos convênios se deu com a insatisfação do atendimento médico, entretanto, as empresas contratavam essas empresas particulares que prestavam serviços médicos aos funcionários das empresas contratantes. A Política de Saúde no Brasil, juntamente com a Reforma do Sistema de Saúde, passou por várias transformações do SUDS até o período da criação do SUS, modelo hoje existente no Brasil. A crise da saúde se deu ao quadro deteriorado do financiamento acrescido do agravamento das questões sociais do país, trazendo doenças e epidemias, com isso, os seguros e planos de saúde, de ordem privada, se aproveitando da fragilidade, ganharam mercado, expandindo a mercantilização da saúde e desfigurando o serviço público. A ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento da oferta busca viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS por parte dos usuários, nos níveis macro e micro organizacionais, contribui de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa eficácia do sistema de saúde brasileiro. Avalia-se as reformas introduzidas no setor saúde, no que se refere a cobertura, financiamento, regionalização e gestão, têm contribuído para melhorar o acesso e ampliar a utilização dos serviços de saúde essenciais.

Palavras-chave: Reforma do Estado; Políticas de Saúde Públicas; Política Social em Saúde, SUS, SUDS, Reforma do Sistema de Saúde, Crise da Saúde, Reforma Sanitária.

ABSTRACT

SILVA, João José Candido da. **Saúde no Brasil**: evolução histórica, SUS e desafios futuros. 2005. 219 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientador: Nelson Colossi
Defesa: 26/07/2005

In certain period of this century, there were only philanthropists entities, public hospitals were not talked about yet, therefore the very same were kept by contributions and government's aid. The only existent hospital was the one that always counted with the work of volunteers. As time go by, social-economic and sanitary crisis appeared, that was by the considerable economic growth, spreading epidemics and endemics diseases over the country. It was in this period that the measures were created, through sanitary campaigns, so that we could save the population, as its health. More ahead, they had come across with the necessity to create the Health department, for new services in the Public Health. With this event, opportunity was given to the population in having better conditions in the health area, with the creation of the Cap's and later with the creation of the IAP's. There was the division in the health sector, on a side the public health and on the other one the medical assistance, through the social welfare. It had a claim to have the sanitary reform; however the population's health was getting worse. The sprouting of accords was because the dissatisfaction of the medical attendance, however, the companies contracted these particular companies who did medical services to the employees of the contracting companies. The Politic of Health in Brazil, together with the Reform of the Health System, has been trough a lot of transformations of SUDS to the period of the creation of SUS, today's model existing in Brazil. The damaged picture of financing gave the crisis of health added of the aggravation of the country's social questions, bringing epidemics and illnesses. The lack of efficient mechanisms of regulation and order of offers, search to make possible the access and better utilization of the SUS' services on users' part, in macro and micro organizing levels, contributes in a decisive form to the persistence of problems related to the low effectiveness of Brazilians' system health. Assessments the reforms introduced on health system, as for covering, financing, regionalizing, and management, has contributed to improve the access and enlarge the utilization of the essentials health services.

Keywords: reform of the State; public health politics; social health politics, SUS, Reformation of the Health System, Health's Crisis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
1.1	Contexto Geral do Sistema de Saúde no Brasil	7
1.2	Objetivos	13
1.3	Justificativa.....	14
1.4	Metodologia.....	16
1.5	Visão Geral	17
2	SISTEMA DE SAÚDE: SIGNIFICADO E ABRANGÊNCIA	19
2.1	Sistema de Saúde: Conceituação.....	19
2.2	Seguridade Social.....	22
2.3	Sistema de Saúde no Mundo.....	33
3	O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA	37
3.1	Do Descobrimento ao Período Vargas	38
3.2	De Vargas ao Período Militar.....	58
3.3	Período Militar (1964 a 1985)	70
4	A DÉCADA DE 80 E 90 E OS GOVERNOS NEO LIBERAIS	78
4.1	As Décadas de 1980 e 1990.....	78
4.2	Os Governos Neoliberais a partir de 1992	86
5	O SISTEMA ATUAL DE SAÚDE NO BRASIL.....	113
5.1	Base Legal do SUS e do Sistema de Saúde Brasileiro	113
5.2	A Dicotomia Pública e Privada Existente no Sistema de Saúde	141
5.3	O SUS	147
6	AVALIAÇÃO SUBSTANTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	183
6.1	O Sistema de Saúde Brasileiro – o SUS e os diversos Sistemas no Mundo	183
6.2	Avaliação do SUS pelos diversos Setores e a População	195
6.3	Perspectivas.....	199
7	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	203
7.1	Conclusões	203
7.2	Recomendações	210
	REFERÊNCIAS	213

1 INTRODUÇÃO

Este estudo, como Dissertação do Curso de Mestrado em Administração, explora os principais aspectos do sistema de saúde no Brasil. Privilegia a sua evolução histórica e a influência de governos neoliberais para a formatação do SUS, o Sistema Único de Saúde que é a experiência Brasileira de equacionar e melhorar as condições de saúde do povo brasileiro.

Esta dissertação valeu-se de amplas fontes bibliográficas e pesquisas institucionais realizadas ao longo da história do Sistema de Saúde no Brasil. Além disso, a experiência e vivência do autor nas lutas e conquistas de um grupo de estudiosos resultaram no Movimento Sanitário Brasileiro braço decisivo na formatação do SUS.

Esta Dissertação pode ser caracterizada como uma monografia descritiva, valendo-se da bibliografia consultada bem como das concepções do autor, a luz da legislação básica do Sistema de Saúde Brasileiro.

1.1 Contexto Geral do Sistema de Saúde no Brasil

A evolução das políticas de saúde no Brasil são um subsídio para uma melhor compreensão dos aspectos históricos que influenciaram a conformação de um sistema de saúde no Brasil, reconhecidamente ineficaz e ineficiente no enfrentamento dos problemas de saúde da população. Esta situação crítica impôs a necessidade de mudanças nesse sistema e desencadeou o processo de implementação da reforma sanitária no Brasil, que tem como perspectiva fundamental a construção do Sistema Único de Saúde.

Entendem-se as políticas públicas como sendo o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotadas pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. Ao responder, o Estado empresta ao problema maior ou menor importância, define seu caráter (social, de saúde, policial etc.), lança mão de instrumentos para seu equacionamento, define responsabilidades (ministérios, Congresso, Judiciário etc.) e adota, ou não, planos de trabalho ou programas.

Portanto, as políticas públicas são gestadas e implementadas pelo Estado para o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde.

É fácil perceber que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de enfrentá-los. Cabe então perguntar como o Estado atribui ao problema maior ou menor importância, ou seja, como o Estado prioriza os problemas que serão enfrentados por meio de políticas públicas em determinado período.

A política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade das classes sociais influenciarem a política. O êxito e o grau de implementação de seu(s) projeto(s) dá a dimensão da capacidade de determinados atores/forças sociais influenciarem a política de saúde em um contexto histórico, em detrimento de outros atores e projetos.

O chamado Welfare State é uma referência indispensável para se pensar o Estado contemporâneo. Quase todos os países possuem mecanismos públicos de proteção social. De um ponto de vista formal, eles se assemelham muito (são, em

geral, programas previdenciários, assistenciais e de saúde), porém quando examinados sob a ótica de como operam (formas de financiamento, cobertura, tipos de programas, acesso etc), se diversificam em inúmeras modalidades.

As profundas, amplas e velozes transformações observadas no mundo ao longo das últimas três décadas, principalmente aquelas originadas no campo da política e da economia e denominadas de "globalização" , têm evidenciado a necessidade de transformação do Estado e, por consequência, produzido um acalorado debate sobre a abrangência e direcionalidade das políticas públicas.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do país pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS.

A consolidação jurídico-legal da reforma sanitária brasileira na Constituição Federal de 1988, fruto do processo de (re)democratização do Estado e das lutas dos movimentos sociais dos anos 70/80, resultou da crítica contundente ao Estado centralizador, tecno-burocrático, normativo, excludente, tanto da participação política quanto das políticas sociais, e, em particular, da crítica ao sistema de saúde privatizado, exclusivo e centrado no diagnóstico individual e na cura da doença.

Em contraposição a esse quadro, a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta para um processo modernizador e democratizante do Estado, especialmente quanto a ampliação dos direitos de cidadania. A saúde, inscrita na

Constituição Federal de 1988 entre os direitos sociais, foi reconhecida como dever do Estado e direito de cidadania estendido a todos os brasileiros.

A operacionalização de mudanças no sentido da descentralização político-administrativa e da democratização do sistema de saúde brasileiro, dentro dos marcos da reforma sanitária, começa a se processar na primeira metade da década de 80, com o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), que foi fortalecido a partir de 1985 com a instalação do governo da Nova República, quando houve ocupação de postos políticos de importância estratégica dentro dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social por parte de profissionais oriundos do movimento sanitário. Este segundo momento das AIS, que vai do início do Governo Sarney (1985) até a implantação do SUDS em 1987, configura uma estratégia de transição em busca de um sistema unificado e descentralizado de saúde. Apesar deste programa ter promovido a ampliação da cobertura e criado comissões interinstitucionais nas três esferas de governo, é com a sua substituição pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que o Estado propõe e assume a descentralização e a democratização das instâncias gestoras, através de órgãos.

Vale registrar que uma melhor definição do quadro de referência que passa a informar a reforma sanitária foi dada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Esta marcou, por um lado, o início do exercício, na arena estatal e, em larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concentração de interesses e pactação de políticas em saúde, e por outro, produziu um consenso “possível”, entre as diferentes forças sócio-políticas presentes, acerca dos princípios e diretrizes norteadores da reforma que, posteriormente, foram aprofundados e detalhados pela Comissão Nacional da

Reforma Sanitária (vigente de setembro de 86 a março de 87) e consolidados na Carta de 1988.

A partir da institucionalização do SUS, a democratização da gestão da saúde vem sendo buscada através de uma reengenharia nas relações de poder das três esferas de governo, calcada em relações recíprocas entre Estado e Sociedade. Regulamentada pela Lei 8.142, de 28 dezembro de 1990, a “participação da comunidade” dentro do âmbito do Estado está prevista por via da criação de Conselhos de Saúde, definidos legalmente como instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, e compostos por diferentes grupos sócio-políticos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Particularmente, no que diz respeito à área da saúde, a Constituição e, em seguida, as leis 8.080/90 e 8.142/91, apontaram as diretrizes gerais para a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde do Brasil. A trajetória desse sistema, no período pós-constitucional, tem sido bastante tumultuada e criticada, particularmente quanto a sua capacidade de garantir o acesso e a qualidade de seus serviços.

Acrescenta-se, ainda, o problema de seu financiamento, há insuficiência de recursos e baixo grau de eficiência e eficácia na sua aplicação, além de dificuldades de relacionamento entre as esferas de governo e o setor privado prestador de serviço, comprometendo os resultados alcançados e tornando problemática a situação atual da política de atenção à saúde pelo SUS.

As deficiências e as distorções apontadas são reconhecidas como suficientemente fortes para diagnosticar a inviabilidade de seu modelo, no qual define a atenção à saúde como universal, integral e gratuita, onde o acesso a qualquer nível de atendimento parte da iniciativa do usuário.

Por último, há quem, mesmo reconhecendo a falta de recursos, atribua importância ao fato de o modelo assistencial continuar voltado prioritariamente ao atendimento hospitalar e não às ações e serviços básicos de saúde, incluindo, ainda, as ações mais custo/efetivas.

Em outras palavras, o quadro deteriorado do financiamento da saúde, acrescido do agravamento das questões sociais no país, a deterioração das condições de vida; desemprego; baixos salários e concentração na distribuição de renda, aliadas ao aumento de população e ao surgimento de doenças velhas e novas epidemias, evidencia, ainda mais, a crise da saúde.

Diversas iniciativas introduziram importantes mudanças no sistema de saúde com vistas a implementar as diretrizes de constituição de um sistema público universal, descentralizado e capaz de ofertar atenção integral à saúde. A maior parte das medidas foi deflagrada pelo Ministério da Saúde, responsável pela coordenação nacional de um sistema que congrega as três esferas de governo. Processos decisórios compartilhados, através de Comissões Intergestores Tripartite (na esfera federal) e Bipartites (na esfera estadual) não foram suficientes para romper a hegemonia da esfera federal na determinação dos rumos e das estratégias. Essa hegemonia se sustenta em uma cultura política ainda muito marcada pelo centralismo e no fato de que expressiva parcela dos recursos destinados ao financiamento do sistema são originários do Orçamento da Seguridade Social, que integra o Orçamento da União. Os mecanismos de alocação de recursos têm se constituído em variáveis relevantes na determinação dos rumos da política e têm sido usados ora como instrumentos de descentralização do processo decisório, ora como formas de determinação centralizada ações e serviços.

De um lado, perseguindo uma reforma mais ampla do financiamento do setor saúde, o governo federal promoveu e estimulou o aumento dos recursos financeiros destinados à atenção básica, priorizando as transferências a municípios, através da introdução de incentivos financeiros, particularmente do Piso de Atenção Básica Variável. De outro lado, foram expandidas as transferências fundo a fundo para a Média e Alta Complexidade e as transferências relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

Portanto o Problema de Pesquisa desta dissertação pode assim ser definido:

- **“Como se caracteriza a evolução da Saúde no Brasil à luz do quadro político do Estado Brasileiro e de suas políticas no campo social?”**

1.2 Objetivos

Em termos gerais, o objetivo deste estudo é descrever a evolução histórica da Saúde no Brasil, considerando o quadro político do Estado e suas políticas no campo social, visando oferecer contribuições substantivas para a reformulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Especificamente, espera-se:

- a) Descrever o Sistema de Saúde Brasileiro, ressaltando sua origem **assistencial** como parte integrante da seguridade social e sua outra origem de **prevenção e promoção** da saúde como parte integrante do sanitário Brasileiro.
- b) Descrever os diferentes sistemas de saúde no Brasil concebidos e implementados ao longo da formação do estado Brasileiro.
- c) Descrever o sistema atual de saúde no Brasil enfocando as lutas políticas e conquistas realizadas no processo de redemocratização do país.
- d) Descrever as perspectivas atuais e futuras do Sistema Único de Saúde – SUS, apontando ações em direção a melhoria das condições de saúde no Brasil.

1.3 Justificativa

A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia, podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, pelo excesso de filas freqüentes de pacientes, pela falta de leitos para atender a população além da escassez de recursos financeiros, profissionais, materiais.

Para que possamos analisar a realidade hoje existente, é necessário conhecer os determinantes históricos da nossa história envolvidos neste processo, pois o setor de saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo no nível internacional.

A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada no periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

Nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes, em termos de repercussão econômica ou sócia,l dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se, pelo menos, em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância. Podemos afirmar que, de um modo geral, os problemas de saúde

tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando os mesmos se transformam em endemias.

As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente e preferencialmente tem sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização.

A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer. A dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.

O presente estudo justifica-se por se tratar de uma monografia descritiva que reúne, pela primeira vez, etapas significativas da construção do Sistema de Saúde Brasileiro, a partir de sua evolução histórica e da interferência do estado no contexto político e social. Justifica-se ainda por sua importância como material bibliográfico para pesquisa na área da Saúde.

Os resultados aqui encontrados poderão ser úteis para estudiosos e políticos interessados em conhecer a origem e a formatação atual do Sistema de Saúde Brasileira.

Justifica-se, também, pela formação profissional do autor e seu interesse em documentar aspectos importantes da Saúde no Brasil.

1.4 Metodologia

A dissertação de mestrado é um trabalho de conclusão de curso, exige um criterioso embasamento científico que permite a legitimidade das conclusões encontradas no estudo.

Para Salvador (1970), dissertação é um estudo recapitulativo em forma de exposição com objetivo de reunir, analisar e interpretar informações relativas a um tema específico, organizando e interpretando os dados à ele referentes, de tal sorte que revele domínio da matéria e capacidade de sistematização do autor.

O desenvolvimento do trabalho pode ser caracterizado como descritivo-exploratório. Para Bruyne (1977), este método consiste em descrever a complexidade de um caso ou fenômeno, buscando-se informações por meio de exames detalhados em obras e documentos existentes sobre um estudo.

A análise é desenvolvida a partir de pesquisa bibliográfica documental, especificamente na área de políticas de saúde no Brasil, incluindo-se legislação a respeito. É uma pesquisa de caráter exploratório que permite obter conhecimento a partir das informações coletadas e incluídas a novos conhecimentos.

Também, Lakatos e Marconi (1986), demonstram que a análise bibliográfica permite resolver não apenas, problemas já conhecidos, mas também explorar novas áreas de conhecimento.

Neste sentido, o presente estudo não tem o intuito de se limitar a recapitulação, mas sim, de oferecer algumas contribuições a reflexão e ao debate sobre o Sistema de Saúde Brasileiro.

1.5 Visão Geral

Esta dissertação de mestrado pretende descrever, em seus capítulos, a partir do capítulo segundo, uma definição de sistema de saúde, seu significado, sua abrangência e sua importância conceitual.

No item seguridade social, buscamos um conceito que caracterizasse a sua capacidade de explicar a sua abrangência e sua importância na saúde. Quando falamos do sistema de saúde no mundo procuramos as experiências mais amplas e êxitosas e que melhoraram a qualidade de vida da sua população.

No capítulo terceiro, ao descrevermos a evolução histórica do sistema de saúde no Brasil, a partir do descobrimento ao período Vargas, enfocamos como as elites, formadas com o descobrimento e com a corte portuguesa, preocupavam-se, tão somente, em tratar os mais ricos e possibilitar que os portos brasileiros estivessem livres de doenças permitindo, o livre comércio. Salvo algumas iniciativas, tais como a fundação das Santas Casas de Misericórdia para atender os desvalidos, nada de concreto se implantou no nosso País.

No início da república, somente as ações ditas campanhistas, dos sanitaristas Osvaldo Cruz e Carlos Chagas, deram conta de parte dos grandes males que afligiam os brasileiros.

No período Vargas, começou-se a reestruturar órgãos governamentais e sistematizar ações de combate de epidemias e endemias, com abrangência para todo o território nacional. Ainda neste período e até o período militar, iniciaram-se a criação das bases da seguridade social brasileira, por categoria de trabalho e seletiva para os centros urbanos. Foi a era das caixas e institutos de pensões e aposentadorias, com a introdução do seguimento saúde, a partir de então oferecido às massas de trabalhadores organizados corporativamente.

O período militar caracteriza-se por uma concentração brutal de renda, uma unificação dos institutos de aposentadorias e pensões e a centralização do poder decisório. A estratégia usada pelos governos militares para socorrer a população sufocada pela falta da assistência à saúde foi de ampliar para todo o Brasil, e especialmente para os centros de maior concentração humana, a ampla atenção à saúde, proporcionado por um instituto especializado, originário da previdência social.

O período dos governos neoliberais, especialmente nas décadas de 80 e 90, caracterizou-se pelo surgimento dos movimentos sociais em prol da saúde, pela criação do movimento sanitário brasileiro e a organização das conferências nacionais de saúde, que deram a origem ao SUS. A partir de 1992 os fenômenos da globalização e do neoliberalismo trouxeram grandes crises, especialmente na área do financiamento, para o sistema de saúde brasileiro. Assim, continuando este processo descritivo, passamos para o atual sistema no Brasil, sua base legal, o enfrentamento da dicotomia pública e privada, existente no nosso sistema e a descrição do SUS e seu efetivo funcionamento a partir da constituição federal de 1988 e as leis orgânicas da saúde de 1990.

Finalmente, pretendemos, nas considerações substantivas do sistema de saúde brasileiro, apresentar o SUS em contraponto a alguns sistemas de saúde existentes no mundo. Também é importante saber-se como a sociedade civil organizada e a população enxerga o SUS e quais são as perspectivas para o sistema de saúde brasileiro.

2 SISTEMA DE SAÚDE: SIGNIFICADO E ABRANGÊNCIA

Não há concordância entre os autores sobre uma definição de tudo o que abrange um sistema da saúde. As manifestações mais objetivas, de alguns autores pesquisados, indicam que um sistema de saúde resulta em ações intersetoriais de diferentes sistemas, mais ou menos complexos, e que buscam objetivamente a preservação da vida. O surgimento da seguridade social no Brasil e no mundo trouxe em seu bojo o sistema de saúde como um componente obrigatório.

2.1 Sistema de Saúde: Conceituação

De uma maneira geral, pode-se dizer que não há concordância entre os autores sobre uma definição de sistema de saúde, mas isso não impede que tenham sido propostas categorizações e classificações que trazem embutida uma perspectiva evolucionista e unidirecional, além de não permitirem uma análise mais dinâmica ou são parciais e baseadas em sistemas de saúde e, portanto, não podem ser generalizadas.

Por outro lado, as definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os sistema de saúde variam segundo valores, princípios e concepções existentes sobre o que é saúde e qual o papel do Estado (responsabilidade) em relação à saúde das populações que vivem em seu território.

Nessa perspectiva, podem mudar no tempo e no espaço, refletindo mudanças nas concepções dominantes. A maneira como os problemas de saúde das populações são estruturados determinará os tipos de evidência que serão consideradas relevantes e o que será descartado. As implicações políticas surgem

dessas evidências e não do quadro de referência *per se*. E os modelos implícitos ou explícitos de análise definem e incluem (ou excluem) categorias que são relevantes para determinado referencial e não para outros.

Os sistemas de saúde são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos.

Conhecimento e tecnologia são facilmente exportados, mas os demais *inputs* dos sistemas sanitários são fortemente condicionados pelas tradições históricas nacionais. As regras legais diferem na forma como ancoram as responsabilidades do Estado com a saúde da população, seja outorgando benefícios universais ou específicos para determinados grupos.

Uma definição considerada quase clássica foi formulada por Roemer (1991), para quem um sistema de saúde é uma “combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população”. Entretanto, essas cinco grandes categorias que integram a definição não possibilitam a compreensão do funcionamento dos Sistemas de Saúde nem dos seus resultados, pois não são explicitadas as relações entre elas.

Field (1973) define os sistemas de saúde como “um mecanismo societal, que transforma recursos generalizados (ou *inputs*) em resultados especializados”, na forma de serviços de saúde direcionados para resolver os problemas de saúde da sociedade, sendo provido de um mandato que usualmente concede ao sistema o “quase-monopólio” na *performance* dos serviços de saúde, alinhado com a legislação e a regulação do sistema político. Outros *inputs* incluem o conhecimento científico e a tecnologia, que especialmente na medicina do século XX foram

extremamente poderosos. Médicos e outros profissionais de saúde são especialmente treinados e empregados no sistema e configuram componentes cruciais. Finalmente, recursos econômicos são necessários para financiar essa estrutura (FIELD, 1973 *apud* HEIDEHEIMER, 1975).

A OMS, por sua vez, define os sistemas de saúde como “o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população” (WHO, 2000). Nesse sentido, como reitera Mendes (2002), “são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo”.

Segundo Murray e Frenk, “é o conjunto de recursos, actores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de acções de saúde”. (MURRAY e FRENK (2000), A World Health Organization – WHO, (framework for health systems performance assessment) .

Segundo Espezim (2005), sistema de saúde é um espaço para a organização dos serviços de saúde que podem ser estruturados pelos níveis estadual, macrorregional, microrregional e municipal atendendo as necessidades de um determinado grupamento populacional.

Ampliando o conceito de Espezim, afirma-se que além do espaço para a organização dos serviços de saúde e do atendimento das necessidades de um determinado grupamento populacional, esse sistema de saúde é também uma política pública, adotada por um Estado que através ações de educação, promoção, prevenção e de serviços de assistência protege a vida e restaura a saúde.

2.2 Seguridade Social

Um conceito não se caracteriza apenas como especulação abstrata ou representação de determinado objeto pelo pensamento. Para além desta definição, os conceitos possuem a propriedade de definir e/ou evidenciar as características gerais e específicas de um fenômeno, do seu modo de ser. Assim, quanto mais claro e preciso o conceito, maior sua capacidade de explicar a realidade, bem como de conformar regras e normas que possam operacionalizá-lo.

Nesse sentido, é possível atribuir um significado específico ao termo seguridade social? Quais são as características que compõem e dão sentidos a este conceito? Seguridade social confunde-se com seguro social, política social, *welfare state*, Estado de Bem Estar Social ou Estado Providência? Será que estes termos designam os mesmos fenômenos, apresentando uma simples distinção vernacular? Ou será que cada termo expressa particularidades de cada nação a que se refere? Quais são os elementos que distinguem tais conceitos?

Estas questões surgem da constatação que, na literatura brasileira, muitos destes termos são adotados como sinônimos, ou não são suficientemente problematizados. E, no entanto, as terminologias utilizadas em diferentes países não possuem o mesmo sentido, porque impregnados de historicidade e especificidades, e sua simples tradução acaba gerando confusão na explicitação dos fenômenos que pretendem apreender.

É de suma importância, assim, melhor precisar o termo seguridade social, distinguindo-o de termos que o circundam, como os apresentados acima, que podem até determinar sua configuração, mas que, inegavelmente, não são sinônimos.

Exemplo destas questões é a própria definição do termo "seguridade", que passou a integrar os Dicionários de Língua Portuguesa a partir de 1988. O Novo

Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (versão eletrônica 3.0), ao explicar a etimologia da palavra indica: *[Do fr. *sécurité* ou do ingl. *security*, ambos do lat. *securitate*.]*, que por sua vez significa segurança e define o conceito amplamente como sendo o "conjunto de medidas, providências, normas e leis que visam a proporcionar ao corpo social e a cada indivíduo o maior grau possível de garantia, sob os aspectos econômico, social, cultural, moral e recreativo". Já o Dicionário Eletrônico Houaiss (versão 1.0) introduz a idéia de universalidade, mas restringe o âmbito da seguridade às ações incluídas na Constituição de 1988, além de enlevar este conceito com uma suposta previdência mais ampla: "Previdência social em moldes mais amplos, abrangendo toda a população. Conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade que, integradas, asseguram a saúde, a previdência e a assistência social".

A primeira distinção que nos parece importante de ser aprofundada é entre os conceitos *Welfare State* (anglo saxão), *Etat-Providence* (francês) e *Sozialstaat* (alemão) e sua distinção do termo seguridade social. São conceitos elaborados em cada nação para designar determinadas formas de intervenção estatal na área social e econômica e muitas vezes incorporados ou traduzidos sem o devido cuidado na sua precisão e explicitação. É comum encontrar na literatura anglo-saxônica a utilização do termo *welfare state* para designar genericamente os países que implementaram políticas sociais sob a orientação fordista-keynesiana, ainda que os próprios não se caracterizem como tal, como é o caso da França e da Alemanha. Também é usual encontrar na literatura brasileira este mesmo tratamento, ou então utilizar sua tradução (Estado de Bem-Estar) para explicar a realidade brasileira. Encontra-se ainda, mas de modo menos freqüente, também a utilização do termo Estado Providência para designação genérica da ação social do Estado. Torna-se

inevitável questionar até onde é possível utilizar tais expressões para explicar fenômenos surgidos em contextos sócio-econômicos específicos. Ou ainda, até que ponto, ao utilizar a expressão traduzida de outro idioma, estamos refletindo ou explicando a realidade local?

O termo *welfare state*, uma das expressões mais utilizadas a partir de meados do século XX para designar o "conjunto" de políticas sociais que se erigiram com base no modelo fordista-keynesiana, por exemplo, é utilizado, muitas vezes, de modo impreciso, seja para designar todo e qualquer tipo de política social implementada, seja para reduzir seu escopo à esfera de políticas específicas. Exemplo desta última possibilidade é o trabalho de Marques (1997:23), quando define *welfare state* como "(...) um conjunto de políticas sociais desenvolvido pelo Estado no intuito de prover a cobertura dos riscos advindos da invalidez, da velhice, da doença, do acidente de trabalho e do desemprego". Nesta definição o *welfare state* é reduzido à política que no Brasil denominamos previdência e que, nos países europeus, é freqüentemente designada como seguro social. A própria autora explica sua opção pelo uso restrito do termo:

Alguns autores, tais como Wilensky, ampliam este conceito ao agregarem, entre outras, a habitação e a educação, como áreas de atuação do 'welfare'. Preferiu-se usar a definição restrita porque, na maioria dos países, as políticas de renda de substituição e de cuidados com a saúde são consideradas, tanto do ponto de vista do volume de recursos envolvidos como das políticas desenvolvidas, o principal objeto de ação do Estado em matéria de proteção social. (MARQUES, 1997, p. 23)

Esta afirmação suscita ao menos duas observações. Primeiro, as políticas de substituição de renda (seja sob a forma de seguro ou de assistência) e a atenção à saúde podem ser os pilares do *welfare state*, mas não são as únicas, de modo que esta perspectiva restringe o escopo da proteção social. E segundo, a utilização e definição de um conceito é simplesmente resultado de uma "opção" do pesquisador

ou deve procurar expressar a totalidade e complexidade do real, assumindo a forma de "concreto pensado" (MARX, 1983, KOSIK, 1986)?

Não nos importa aqui, especificamente, discutir o conceito utilizado por um ou outro autor, mas indicar a imprecisão existente e a necessidade de maior aproximação conceitual. Sabe-se que a conceituação, assim como os argumentos sobre origem e abrangência do *welfare state* são cercadas de polêmicas e divergências, inclusive quanto à utilização do termo para designar realidades históricas, econômicas e sociais particulares (PIERSON, 1991; GOUGH, 1982).

Entretanto, parece consensual entre os autores que os seguros sociais, ou seja, a garantia compulsória de prestações de substituição de renda em momentos de riscos derivados da perda do trabalho assalariado pelo Estado, foi uma inovação da Alemanha na Era Bismarckiana. Neste país, a expressão *Sozialstaat* (Estado social) é utilizada para designar o conjunto de políticas de proteção social que inclui os seguros sociais, mas não se restringe a eles (KOTT, 1995). Por outro lado, a expressão *Wohlfahrstaat*, que seria a tradução literal de *welfare state*, era empregada na Alemanha desde 1870 pelos socialistas e designava também os aspectos positivos da ação da polícia alemã (ROSANVALLON, 1981).

A autora alemã observa que a legislação que instituiu o primeiro seguro-saúde obrigatório em 1883, sob o governo de Bismarck, foi precedida por uma série de legislações pontuais que asseguravam assistência social aos pobres. A primeira legislação responsabilizando as prefeituras a socorrer os pobres com residência superior a 3 anos data de 1842. Na interpretação da autora, as legislações sobre os seguros sociais obrigatórios têm sua origem na tradição assistencial anterior: "É a esta legislação particular existente na Alemanha do Sul que se deve atribuir a manutenção, na lei de 1883 do seguro municipal. Sua natureza subsidiária, e

sobretudo seu funcionamento, remete à esta tradição assistencial" (KOTT, 1995). O *Sozialstaat* alemão assegura educação universal, habitação e seguridade social que, por sua vez, engloba aposentadorias e pensões, saúde, seguro acidente de trabalho e auxílios familiares. Mas, segundo analistas dos sistemas de proteção europeus, este país não instituiu um sistema de seguridade social universal, com prestações uniformes a todos. Os regimes de seguros sociais obrigatórios, organizados por categoria profissional, cujas prestações dependem do montante e do tempo de contribuição do segurado, deixam entre 1 e 5% da população excluída do acesso a um dos regimes existentes (DUMONT, 1995).

Os seguros, conforme aponta Marshall (1967, p. 81) foram iniciados timidamente sob a ótica privada e destinados a reduzidas categorias profissionais e se espalharam no final do século XIX e início do século XX, de tal modo que, em 1938, entre 30 países da Europa, Ásia, Américas e Australásia, 20 tinham seguro compulsório contra doença, 24 possuíam alguma forma de aposentadoria contributiva, quase todos tinham planos para atender acidentes no trabalho e moléstias industriais, somente 8 tinham seguro obrigatório contra o desemprego e apenas 3 cobriam as três situações de riscos: doença, velhice e desemprego. Esta modalidade de proteção social, contudo, não tinha caráter universal e nem recebia a designação de *welfare state*, o que revela, desde já, a impropriedade de restringir o conceito *welfare state* às prestações de substituição de renda sob a forma de seguros sociais.

O que parece marcar a emergência do *welfare state* anglo-saxão é justamente a superação da ótica securitária e a incorporação de um conceito ampliado de seguridade social, que provocou mudanças significativas no âmbito dos seguros sociais até então predominantes. Mishra (1995), ao qualificar o *welfare*

state, assume que o conceito com o qual trabalha é "uma abstração dos princípios e instituições subjacentes ao Estado-Providência inglês do pós-guerra, influenciado pelas idéias de J. M. Keynes e W. Beveridge" (MISHRA, 1995). Ao datar histórica e geograficamente o surgimento do fenômeno que passa a ser designado como *welfare state*, o autor busca distingui-lo da compreensão genérica de política social. Para o autor, não são todas e quaisquer formas de política social que podem ser designadas de *welfare state*: "(...) é de certo modo enganador, na minha opinião, utilizar o termo 'política social' como quase equivalente a 'Estado-providência'. A 'política social', parece-me, é um conceito genérico, enquanto a 'Estado-providência' tem uma conotação histórica (pós-guerra) e normativa ('institucional') bastante específica, que não podemos ignorar" (MISHRA, 1995). Os princípios que estruturam o *welfare state*, segundo o autor, são aqueles apontados no Plano Beveridge: 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, *segurança social*, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma 'rede de segurança "de serviços de assistência"'.

Nesta mesma linha de raciocínio, Johnson (1990) também define o *welfare state* a partir da experiência iniciada na Inglaterra, apontando as principais mudanças ocorridas e que definiriam o que é o *welfare state*: 1) a introdução e ampliação de serviços sociais onde se inclui a *seguridade social*, o serviço nacional de saúde, os serviços de educação, habitação, emprego e assistência aos velhos, inválidos e crianças; 2) a manutenção do pleno emprego; 3) um programa de

nacionalização. Segundo Marshall (1967) é um equívoco confundir o *welfare state* anglo saxão com o Plano Beveridge ou atribuir exclusivamente a Sir William Beveridge a autoria do sistema inglês. Para este autor, não se pode dissociar o surgimento do *welfare state* das circunstâncias vividas pela Inglaterra na Segunda Guerra Mundial:

A magnitude de seu esforço de guerra e sua vulnerabilidade ao ataque exigiram sacrifícios de todos e, igualmente, assistência concedida, de bom grado e sem discriminação, a todos os que passavam necessidade. (...) E a estabilidade política do país, combinada com sua confiança inabalável na vitória, explicam a característica mais notável da história, a saber, a maneira pela qual o povo e seu Governo, no decorrer da guerra, meteram mãos à obra de elaborar o projeto de uma nova sociedade (...) orientada pelos mesmos princípios de reunião e da partilha que orientaram as medidas de emergência da guerra. Desse modo, a idéia do Estado de Bem-Estar Social ⁷ veio a identificar-se com os objetivos de guerra de uma nação que lutava por sua sobrevivência (MARSHALL, 1967).

Os três pilares do que deveria constituir o *welfare state* inglês - educação, seguros e saúde - foram confiados a três Comissões que apresentaram, cada uma, um plano para estas áreas. Afirma Marshall: "A Lei de Educação, a Lei de Seguro Nacional e a Lei de Serviço Nacional de Saúde se constituíram nas três vigas-mestra do Estado de Bem-Estar Social britânico. Estão associadas com os nomes de Butler, Beveridge e Bevan - um conservador, um liberal e um socialista. (...) não é de se surpreender que se verifique que o Estado do Bem-Estar Social, quando finalmente veio à luz, era de parentesco misto" (MARSHALL, 1967).

O "liberal" Sir Beveridge, assim, torna-se o autor de um aspecto do *welfare state* inglês, qual seja, o da seguridade social, como indica em seu relatório *Social Insurance and Allied Services*. Na interpretação de Marshall, o Plano Beveridge consistiu em fazer uma fusão das medidas esparsas já existentes, ampliar e consolidar os vários planos de seguro social, padronizar os benefícios e incluir novos benefícios como seguro acidente de trabalho, abono familiar ou salário família, seguro desemprego e outros seis auxílios sociais: auxílio funeral, auxílio

maternidade, abono nupcial, benefícios para esposas abandonadas, assistência às donas de casa enfermas e auxílio-treinamento para os que trabalhavam por conta própria (BEVERIDGE, 1942 & MARSHALL, 1967). Cabe ainda precisar que o termo *social security*, popularizado e universalizado após sua incorporação no Plano Beveridge, contudo, foi utilizado oficialmente pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1935, pelo Governo Roosevelt em seu *Social Security Act*, mas com sentido bastante restritivo em relação àquele atribuído posteriormente por Beveridge (ROSANVALLON, 1981 & LESEMANN, 1988).

A partir destas obras, é possível depreender duas questões a fim de iniciar uma aproximação conceitual do termo seguridade social: apesar das "armadilhas" na tradução dos conceitos, constata-se que a "expressão" *welfare state* surge e se generaliza a partir de sua utilização na Inglaterra na década de 1940, e designa uma configuração específica de políticas sociais; o conceito seguridade social integra o *welfare state*, mas não se confunde com ele. Por outro lado, a seguridade social também pode apresentar características e abrangência diferenciadas, de acordo com as especificidades de cada país, podendo limitar-se aos seguros ou incorporar outras áreas.

Se é consensual que a expressão *welfare state* origina-se na Inglaterra, o mesmo não se pode afirmar quanto à sua utilização como referência para todos os países europeus. Autores como Meny & Thoenig (1989), por exemplo, mesmo reconhecendo que a expressão nasce na Inglaterra, afirmam que uma visão ampliada do *welfare state* o concebe como todo esforço do Estado para modificar as condições do mercado e proteger os indivíduos das conseqüências econômicas e sociais e, nesses sentido, ações públicas nesta direção, ainda que "rudimentares", seriam originárias do século XIX e se ampliariam no século XX (1989). Afirmam,

assim, que a expressão *welfare state* seria mais apropriada para designar a generalização destas ações após a Segunda Guerra Mundial.

As reservas na utilização generalizada do conceito *welfare state* são mais marcantes na literatura francesa, de onde é possível extrair algumas conclusões quase consensuais entre os autores.

A primeira é que os conceitos possuem profunda ligação com a historicidade de cada nação. E, nesse sentido, a maioria da literatura não incorpora o termo *welfare state* para designar o sistema de proteção social francês, preferindo utilizar a expressão *Etat Providence* (Estado Providência) como uma referência à "representação de um Estado providencial, construído no século dezenove" (RENARD, 1995). A expressão foi forjada por pensadores liberais contrários à intervenção do Estado, justamente para criticar a ação estatal que se atribuía uma "sorte de providência" que deveria se restringir à ação divina (ROSANVALLON, 1981). O conceito francês *Etat Providence*, em sua acepção atual, assemelha-se ao conceito inglês *welfare state* ao incorporar a idéia da responsabilidade estatal na regulação do mercado, com vistas a responder a situações de riscos pessoais e sociais. Mas, difere tanto no sentido mesmo da expressão (enquanto o primeiro tem uma conotação positiva de bem estar, o segundo está associado à ligação entre Estado e Providência) quanto na definição de sua emergência. Para os autores franceses, o *Etat Providence* nasce em 1898, com a primeira Lei cobrindo os acidentes do trabalho (EWALD, 1986 e 1996) porque estabelece a proteção social obrigatória aos trabalhadores, sob responsabilidade estatal (DORION & GUINET, 1993). Outros autores, como Castel (1995) preferem utilizar o termo Estado Social para designar o modelo francês, fugindo assim tanto da conotação de "Estado Providencial" quanto da importação do conceito *welfare state*.

A segunda conclusão é que, nesta literatura, o conceito seguridade social (*sécurité sociale*), instituído pelas leis francesas logo após a Segunda Guerra Mundial, é compreendido como uma dimensão do *Etat Providence*, não se confundindo com ele. E embora sua organização tenha incorporado princípios do Plano Beveridge, sobretudo a uniformidade e universalidade dos direitos (MURAD, 1993), a seguridade social francesa resulta de um longo processo de articulação entre seguro e assistência, ou entre os modelos bismarckiano e beveridgiano (PALIER & BONOLI, 1995 & HATZFELD, 1989). Outro autor, referindo-se ao modelo francês (DUFOURCQ, 1994), afirma que este evoluiu do modelo puramente assistencial predominante no século XIX para um modelo de seguridade fundado predominantemente na lógica do seguro entre as décadas de 1940 e 1970 e tornou-se recentemente um misto dos sistemas bismarckiano e beveridgiano, com a distinção entre seguro e assistência cada vez mais diluída. A seguridade social francesa atual abrange três grandes áreas: saúde (seguro saúde e ações sanitárias e sociais), previdência (aposentadorias, pensões e salário maternidade) e assistência à família (um conjunto de 07 prestações financeiras de apoio familiar). As duas primeiras seguem a lógica do seguro contributivo, com benefícios proporcionais à contribuição, enquanto a terceira tem caráter misto (DORION & GUIONNET, 1993; DUMONT, 1995).

A expansão e universalização de direitos sociais pela seguridade social são interpretadas por Castel (1995 e 2001) como a instituição de uma espécie de "propriedade social", em contraposição à propriedade privada. Para este autor, os serviços públicos coletivos assegurados como direito promovem a participação de todos à "coisa pública" e possibilitam garantir aos cidadãos uma certa igualdade, à condição de não confundir igualdade e igualitarismo: "O desenvolvimento da

propriedade social e dos serviços públicos representa assim a realização do programa solidarista contra o individualismo-egoísmo do liberalismo clássico" (CASTEL:1995). Desse modo, a seguridade social, ao superar a lógica liberal dos seguros mercantis, possui a potencialidade de transmutar-se em "propriedade social" e constituir-se em um dos principais mecanismos de promoção da igualdade e da cidadania.

Diante destas considerações, é possível sugerir algumas afirmações que sustentam a tese aqui desenvolvida: 1) seguridade social não se confunde e nem é sinônimo de *welfare state*, *Etat Providence* ou *Sozialstaat*, mas é parte integrante, e mesmo elemento fundante e constituinte de sua natureza, bem como de sua abrangência; tal constatação indica que a caracterização da seguridade social predominante em qualquer país é imprescindível para a compreensão da natureza da intervenção social do Estado; 2) a seguridade social também não se confunde e nem se restringe ao seguro social (ou previdência social, para utilizar uma expressão brasileira); pelo menos três elementos estão presentes: seguros de assistência médica e auxílios assistenciais, ainda que os termos possam ser diferentes em cada país; tal constatação também aponta que, para entender a seguridade social, é imprescindível compreender sua configuração, ou delimitar os benefícios ou políticas que a integram; 3) a precisão conceitual da Seguridade Social requer a superação das análises fragmentadas ou parciais das políticas que a compõem; a compreensão de suas propriedades internas, bem como de seu significado na conformação do Estado social pressupõe investigar os elementos que definem o caráter dos direitos, assim como o tipo de financiamento e forma de organização.

Se estes elementos são imprescindíveis para compreender a seguridade social, cabe perguntar como eles se apresentam na seguridade social mundial e

brasileira. Quais são as propriedades que constituem e demarcam a implantação da seguridade social no mundo e no Brasil?

2.3 Sistema de Saúde no Mundo

O sistema de saúde na França é realmente muito eficaz, a consulta com um clínico geral é completamente reembolsada através do seguro social, assim como a maioria dos medicamentos. O usuário deverá solicitar pelo “tiers payant” nas farmácias, pois isso permite que obtenha medicamentos prescritos, gratuitamente. Porém, as consultas com especialistas são reembolsadas parcialmente. Para uma cobertura total, o “mutuelles” (um tipo de seguro) para estudantes proporciona uma variedade de preços acessíveis para consultas com dentistas, ginecologistas, etc.

Analisando o sistema de saúde e previdência social da Alemanha, percebe-se que os alemães não se preocupam com a velhice, pois confiam que o Estado irá tomar conta deles. Quando adoecem, o sistema de saúde garante o tratamento e os remédios.

O Sistema de Saúde dos EUA foi historicamente estruturado com base no seguro-saúde privado, dando cobertura à maioria da população – a economicamente ativa. Neste modelo, quem financia é o empregador e o empregado, que pagam 80 e 20%, respectivamente (de modo geral), do valor do prêmio do seguro; estes valores são dedutíveis do imposto de renda pago pelas empresas ao Governo.

Na década de 60, em meio a uma grande discussão sob a necessidade de reforma de seu Sistema de Saúde, o governo implantou dois importantes subsistemas públicos: o *Medicaid*, sob administração estadual, para a população de baixa renda comprovada, e o *Medicare*, sob administração federal, para a população com mais de 65 anos de idade.

No Sub-Sistema Privado, de acordo com os princípios clássicos do seguro, o segurado escolhe livremente um médico de sua confiança, que cobra livremente seus honorários, solicita livremente exames, consultas com especialistas e internações hospitalares, prescreve livremente medicamentos. O segurado é ressarcido de todos estes gastos diretamente pela seguradora. Se os segurados excedem na procura por médicos, se estes excedem na solicitação de exames, novas consultas e internações hospitalares, não há problema: à diminuição do lucro das seguradoras em um ano, responde-se com um aumento no prêmio cobrado dos empregadores no ano seguinte.

Por um longo tempo, todos viveram felizes com este arranjo: segurados, empregadores, prestadores e seguradoras. É claro que mais felizes eram os que obtinham ganhos, não questionados, com este Sistema: as indústrias e empresas, os prestadores (médicos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, hospitais) do Sistema de Saúde dos EUA.

A partir da segunda parte da década de 80, os que pagavam esta conta, crescentes anos após ano, passaram a não demonstrar tantos sinais de felicidade com este Sistema: indústrias e empresas não pertencentes ao Sistema de Saúde.

De uma forma objetiva pode ser demonstrado o que estava acontecendo com o Sistema de Saúde dos EUA: em 1985, as despesas com saúde eram o quinto item na classificação das despesas pessoais, em 1994 as despesas com a saúde já eram o primeiro item.

O tema “gasto com assistência médico-hospitalar” passou a preocupar diretamente Governo, empresários e consumidores naquele país: o Sistema de Saúde, erigido com base no seguro-saúde privado e na forma de pagamento aos

prestadores por procedimento realizado (*fee-for-service*), foi colocado em xeque quanto à sua capacidade de conter a inflação da saúde.

Em outras palavras, estava dada a senha para que, afinal, os instrumentos clássicos do sistema capitalista passassem a predominar na reorganização do Sistema de Saúde dos EUA: estimulou-se que empresas operadoras de planos de saúde assumissem o risco financeiro da cobertura de serviços de saúde a grupos de trabalhadores, competindo entre si para atrair os pagadores (empregadores), na base do menor preço com a melhor qualidade.

Passaram a surgir (e ressurgir) de todos os cantos as empresas de medicina de grupo – *Health Maintenance Organizations* – as *HMO's*, utilizando os instrumentos comuns a qualquer empresa capitalista para atingir seus objetivos de se manter e crescer no mercado: controle obsessivo de custos nos componentes de todos os seus processos de produção de serviços. O foco maior deste controle passa a ser o médico, considerado o grande gerador de despesas do Sistema, ao ordenar a realização de re-consultas, de consultas com outros médicos, de exames e tratamentos ambulatoriais, de internações hospitalares. *Managed care* é o tipo de sistema de saúde utilizado pelo Estados Unidos

Os americanos passam boa parte da vida fazendo uma poupança para garantir a sua velhice. Mesmo possuindo um plano de saúde, adoecer nos EUA significa despesa.

No Canadá, as consultas médicas são gratuitas, assim como as internações, as cirurgias, os exames, os remédios durante as internações e os remédios de uso contínuo para idosos de 65 anos ou mais. O modelo começou a ser construído em 1950 e foi aperfeiçoado nos anos 60 e 70 até chegar a ser como é hoje. O governo central é responsável por 40% das verbas e o restante é financiado pelas províncias

através de um imposto sobre salários (pagos pelo empregador) e dos impostos gerais pagos pelos cidadãos.

O Sistema Nacional de Saúde Inglês, o *General Practichen*, é um sistema em que o médico geralmente é o médico geral prático que atua e reside nos bairros sendo atrás ou em cima do consultório, é o médico do bairro, e é responsável pelo nº de ruas e famílias, sendo assim tem mais capacidade de ação para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, a função do médico é prestar assistência contínua à comunidade acompanhando integralmente a saúde de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

O sistema de saúde japonês pode ser considerado todo privatizado, não é gratuito; é necessário que se tenha um seguro de saúde para utilizar qualquer hospital ou clínica.

É de suma importância fazer um seguro-saúde. Sem ele, uma ida ao hospital para tratar de uma gripe custa em torno de 10mil yenes (cerca de 80 dólares, cotação de setembro de 2001) e, em caso de cirurgia, pode custar mais de 1 milhão de yenes. A condição básica para entrar no seguro é ter o visto de pelo menos um ano.

3 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O sistema de saúde no Brasil, desde seu descobrimento e no período colonial era precário e só atendia as elites representadas pela nobreza e seus dependentes. Em 1808, com a chegada da família real esta situação começa a modificar-se. Até este evento histórico, os primeiros hospitais construídos pelos senhores chamados “homens bons” foram as Santas Casas de Misericórdia sendo a primeira a de Santos – SP em 1543. Mesmo assim, todos os esforços empreendidos pelo governo central tinham motivação comercial e econômica. As campanhas empreendidas por Osvaldo Cruz no final do século XIX e início do século XX objetivavam sanear os centros importadores e exportadores especialmente os portos de Santos e do Rio de Janeiro. Na era Vargas até o período militar, tiveram grandes modificações, como a criação do Ministério da Saúde em 1953 e ainda uma grande expansão, da previdência social brasileira.

O Ministério da Saúde com seus órgãos de combate a epidemias e endemias a exemplo da Fundação SESP, da SUCAM, das Campanhas e das ações de vacinação em massa atuava tão somente na promoção e prevenção, com pouquíssimas ações assistenciais circunscritas a áreas de difícil acesso.

O sistema previdenciário que se encarregava através de um instituto especializado da assistência e recuperação da saúde era totalmente desconectado de um sistema de saúde.

Esta dicotomia existente em nosso país onde dois órgãos se encarregavam da saúde dos brasileiros perdurou até 1988.

3.1 Do Descobrimento ao Período Vargas

As primeiras notícias médicas de que se tem notícia no Brasil datam de 1500. Mencionam que o primeiro médico a aportar no país fazia parte da frota de Pedro Álvares Cabral, sendo conhecido como "Mestre João". Seria físico e astrólogo, simbolizando a medicina da época, que, a despeito de todo o conhecimento, não era suficiente para determinadas ocorrências.

O nosso indígena era, via de regra, sadio e quando adoecia era atendido pelo pajé, que conhecia as virtudes da flora nativa.

Com a colonização, os brancos trouxeram consigo os germes de suas doenças, contaminando nossos indígenas, principalmente através da varíola e do sarampo. Mais tarde, foi a vez do negro trazer novas doenças como a filariose e a febre amarela.

Caracterizou o período colonial pela deficiência de medicamentos e profissionais médicos, além da precária técnica que imperava nos hospitais, considerados verdadeiros depósitos de doentes. Esta situação só começa a modificar-se a partir da chegada da família real ao Brasil, em 1.808.

Com o avançar da colonização, foram criados estabelecimentos hospitalares, à semelhança dos que existiam em Portugal.

Esses hospitais, criados pelos Senhores chamados "homens bons", foram associados às Irmandades da Misericórdia, sociedades civis, constituídas por pessoas de posses, católicas e que se propunham a realizar determinadas obras sociais.

Nos três primeiros séculos, as enfermarias jesuítas e, posteriormente, as Santas Casas de Misericórdia eram as únicas formas de assistência hospitalar de que a dispunha a população brasileira.

A partir do século XVIII, surgem os primeiros hospitais militares destinados à tropa, localizados no edifício dos antigos colégios jesuítas, confiscados após a expulsão da Companhia de Jesus, e sustentados pela família real. Anteriormente, o governo internava os soldados nas Santas Casas, mediante pagamento de pequena remuneração. Em contrapartida, os hospitais militares passaram a receber civis, mediante cobrança de uma taxa.

Em 1.808, é criado o cargo de Provedor Mor da Saúde, ao qual, entre outras funções, compete cuidar do controle sanitário dos portos, das quarentenas dos escravos e das medidas de higiene geral. O cargo é extinto em 1.828, ocorrendo a descentralização das atividades, atribuindo-se às Câmaras Municipais a responsabilidade de fixar as normas sanitárias, fiscalizar o exercício da profissão bem como o comércio de medicamentos.

Em 1.850, é criada a Junta Central de Higiene Pública, com a incumbência de coordenar as Juntas Municipais e, especialmente, atuar no combate à febre amarela.

No período de 1.881 até o final do século XIX, ocorre a substituição da Junta pela Inspeção Geral de Saúde e Higiene Pública. Posteriormente é criada a Inspeção Geral de Saúde dos Portos, com a finalidade de controlar e bloquear a entrada de doentes no país.

Existe um aspecto positivo com a colonização portuguesa, desde o descobrimento e com a vinda de S. João VI ao Brasil, foram criadas as Santas Casas, como tinha sido criada em Portugal.

A Santa Casa de Santos foi à primeira do Brasil. O maior patrimônio da Santa Casa de Misericórdia de Santos é a sua história, que se confunde com a história da própria cidade. Fundada numa época em que Santos não era sequer uma vila, o então Hospital de Todos os Santos deu origem ao próprio nome da cidade. Por cinco

séculos atendeu navegadores, colonos, nativos e escravos, foram destruídos e reconstruídos mais de uma vez, acompanhando o crescimento do porto, da cidade e do país.

A história da Santa Casa de Misericórdia de Santos, começa no século anterior à sua fundação, na Lisboa de 1498, quando Dona Leonor de Lencastre foi aclamada regente do trono no lugar de seu irmão, Dom Manuel, o Venturoso. Também chamada a Rainha dos Sofredores e a Rainha Piedosa, foi ela quem, em 15 de agosto de 1498, fundou a primeira Irmandade de Misericórdia, cujo provedor foi Frei Miguel de Contreras. Os presentes testemunhavam o início de uma das mais significativas obras filantrópicas que o mundo viria a conhecer. A primeira Misericórdia assumiu inicialmente a manutenção do Hospital de Nossa Senhora do Amparo e, em 1564, passou a administrar também o Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa, cuja construção fora iniciada por D. João II em 1492 e terminada por D. Manuel em 1501.

Assistindo os sofredores de dores físicas ou morais, enfermos e presos, órfãos e pobres, as Santas Casas de Misericórdia assumiriam muitas das obrigações sociais do Estado. Sua organização assemelhava-se à de uma antiga irmandade de Florença que, por sua vez, diziam ter sido inspirada em relatos de observações feitas por viajantes na China. A partir daí, Dom Manuel e seus sucessores incentivaram a criação de outras Misericórdias e elas se espalharam por Portugal, Brasil, África, Índia, Japão, Arábia, Pérsia, Indochina, China e Indonésia. Em 1525, quando morreu Dona Leonor, já havia cerca de sessenta Misericórdias em atividade. No Brasil, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi a de Santos, de Brás Cubas. Logo surgiram a da Bahia, de Tomé de Sousa, a do Espírito Santo e a do Rio de Janeiro, de José de Anchieta, a de Olinda, de João Paes Barreto, a de São Paulo e,

em seguida, centenas de outras, servindo a todas as regiões e se responsabilizando pelo atendimento da maioria da população carente do país.

Assim surgiu uma das grandes heranças portuguesas dos heróicos tempos dos descobrimentos, as Irmandades de Misericórdia e as Santas Casas, que se espalharam pelo mundo acompanhando a expansão lusitana.

O surgimento dessas irmandades acompanhando as expedições de caravelas com seus navegadores em busca de fama e fortuna não foi mero acaso. Os desbravadores de terras e colonizadores precisavam de auxílio médico e de apoio em caso de morte dos parentes. A proliferação das Misericórdias era facilitada pelo costume dos aventureiros de utilizar parte dos lucros obtidos nas viagens para auxiliar os familiares daqueles que morriam no retorno à pátria. Além disso, o governo português incentivava a criação das irmandades, concedendo alvarás de privilégio, com isenções fiscais para os seus membros. Com o fim da expansão portuguesa, as misericórdias perderam sua função histórica, mas preservaram a importância médica.



A Santa Casa e a Igreja de S. Jerônimo, depois S. Francisco da Penitência, por volta de 1835. Em primeiro plano, os tropeiros e o mercado de trocas. Tela de Calixto.

Com o início da colonização e somente com a expedição de Martim Afonso de Souza é que de fato começou a colonização oficial e a distribuição de terras. Martim Afonso fundeou seus navios no Porto das Naus em 22 de janeiro de 1532. Elevou o já existente povoado de São Vicente à condição de Vila e capital da Capitania de São Vicente. Aproveitando as construções deixadas por Cosme Fernandes, que fora obrigado a se retirar para Cananéia e Iguape, ele estabeleceu um conselho, alfândega, nomeou juízes, levantou um pelourinho e uma igreja. Os novos colonos se estabeleceram na região do Enguaguaçu, plantaram cana de açúcar trazida da ilha da Madeira e construíram os primeiros engenhos do Brasil.

Na expedição colonizadora de Martim Afonso veio Brás Cubas, deixado aqui como feitor e fiscal quando da partida de Martim Afonso de volta a Portugal. Por volta de 1540, por diversas razões de ordem prática, o porto de São Vicente é transferido da Ponta da Praia para uma parte mais interna do estuário, próximo ao Outeiro de Santa Catarina, onde Luiz de Góes construíra a Capela de Santa Catarina, em frente ao povoado de Enguaguaçu, que passou a ser conhecido como povoado do Porto de São Vicente ou Nova Povoação. Em 1541 um maremoto destruiu a Casa do Conselho, a igreja e outras edificações da Vila de São Vicente, o que levou muito dos moradores a mudarem-se para o novo povoado.



O terceiro prédio da Santa Casa em 1880, quando teve suas instalações aumentadas.

Em 1542 chega a Santos o novo Governador da Capitania, Cristóvão Aguiar de Altero, que dá novo impulso ao povoado do Enguaguaçu e convoca os moradores para a construção do primeiro hospital. Brás Cubas se coloca à frente da iniciativa, arrecadando entre os colonizadores mais abastados as contribuições que garantiram os meios para a construção do hospital, que veio a ser inaugurado em 1543, provavelmente no primeiro dia de novembro, a data que costumava ser reservada às grandes comemorações. O local escolhido para a construção foi o sopé do Outeiro de Santa Catarina (onde hoje se situa a Rua Visconde do Rio Branco), defronte ao edifício da Alfândega, no centro da Vila. O hospital foi chamado de Hospital de Todos os Santos, inspirado no nome do grande hospital de Lisboa e na data da sua fundação - o dia de Todos os Santos. Segundo Frei Gaspar da Madre de Deus, o povoado de Enguaguaçu passou a ser chamado Povoado do Porto de Todos os Santos e do Porto de Santos, por causa do nome do hospital.

Entre 1545 e 1547, o então Capitão-Mor Brás Cubas elevou o povoado à categoria de Vila, com o nome de Vila do Porto de Santos. Em 1551, Brás Cubas conseguiu o alvará real de privilégios (incentivo para as Misericórdias), concedido por D. João III – foi o primeiro obtido por uma Misericórdia brasileira. Em 1550 os jesuítas chegaram à região, e a Vila, o Porto, a Irmandade e o Hospital prosperaram sob a proteção do seu fundador.

O progressivo empobrecimento da Vila empobreceu igualmente a Irmandade da Misericórdia que, em 1620, deixou de ter edifício próprio. A decadência foi tão grande que, em 1654, o hospital estava com suas atividades paralisadas. Os irmãos da Misericórdia, então, enviaram petição a D. Jeronymo de Athayde, conde de Athougua, Capitão Geral do Estado do Brasil, que a eles concedeu provisão de recursos financeiros em outubro de 1654. Somente com a ajuda financeira do

governo foi possível terminar a construção do segundo prédio da Santa Casa e da sua igreja, em 1665, junto ao prédio da Prefeitura, em local que ficou conhecido como Campo da Misericórdia, depois Largo da Misericórdia, Largo da Coroação e, finalmente, Praça Visconde de Mauá ou Praça Mauá



O terceiro prédio da Santa Casa por volta de 1910, As ruínas da escadaria que se vê na foto, na entrada principal, ainda existem na rotatória de acesso à via que passa por sobre o túnel e segue em direção à Via Anchieta (img. M. Serrat).

Em 1835 o provedor Capitão Antonio Martins dos Santos iniciou a construção do terceiro prédio da Santa Casa da Misericórdia no sopé do morro de São Jerônimo, junto à igreja de São Francisco da Penitência, que foi inaugurado no ano seguinte pelo provedor Dr. Cláudio Luís da Costa.



Vista aérea do complexo junto ao sopé do Monte Serrat. O prédio mais claro é o Hospital Municipal do Isolamento

Por volta de 1880 o hospital sofre uma reforma e ampliação. Em 1913 uma nova reforma e expansão, e a construção de um pavilhão de isolamento (mais tarde Hospital Municipal do Isolamento), inaugurado em 11 de abril de 1913.

Enfim, o prédio definitivo. Em março de 1928, um grande deslizamento de terras na face leste do Monte Serrat soterrou parte do hospital e algumas edificações próximas. Para construir o quarto prédio organizou-se na cidade uma grande campanha popular para a arrecadação de fundos, que vieram a se somar com recursos governamentais. No mês seguinte, era lançada a pedra fundamental do quarto e definitivo prédio da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, com as presenças do então Governador Dr. Júlio Prestes, do Bispo Diocesano D. José Maria Parreira Lara, da Mesa Administrativa da Irmandade, representada pelo Dr. João Carvalhal Filho e de representantes da comunidade. O local escolhido foi a esplanada do bairro do Jabaquara, distante dos morros para evitar novo soterramento. Em 2 de julho de 1945, o presidente Getúlio Vargas veio a Santos para inaugurar o novo e definitivo prédio, que tinha uma das maiores estruturas



Santa Casa hoje: o complexo domina a paisagem do Jabaquara.

"Tendo prestado quase cinco séculos de assistência, a Santa Casa da Misericórdia de Santos participou de todos os ciclos da história pátria.

Cuidou dos fundadores desta Nação - os navegantes lusos, colonos, nativos e escravos. Atenderam aos bravos bandeirantes e aos pobres condenados. Tratou igualmente de nobres e de vassallos do Império Português e do Brasil Imperial. Serviu ao encontro de heróis da Independência e da Abolição da Escravatura, de tradicionais monarquistas e de inflamados republicanos. Cuida de patrões e de operários, de empregados e de desempregados. Ponto de união entre todos os segmentos da sociedade, é local de encontro de seus membros quando tomados pela dor e pela doença. A Santa Casa da Misericórdia de Santos serviu para a prática e o ensino da Medicina quase três séculos antes da fundação da primeira faculdade de medicina no país. Ciência e muito de humanitarismo se praticou em suas enfermarias, nesta que é a primeira escola prática de medicina européia do país. Entre os mestres desta Escola, inspirados pelas obras das damas portuguesas Isabel de Aragão e Leonor de Lencastre, destacaram-se Braz Cubas, José de Anchieta, Claudio Luiz da Costa e Martins Fontes, entre outros abnegados, alguns de nomes muito ilustres e muitos outros desconhecidos que têm trabalhado nesta Casa de Deus para os Homens" (HENRIQUE SEIJI IYAMOTO).

Durante a República Velha (1889-1930) o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia, dando aos fazendeiros paulistas grande poder de decisão na administração federal. Os lucros produzidos pelo café foram parcialmente aplicados nas cidades. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado das populações urbanas, engrossadas pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX (BERTOLLI FILHO, 1996).

Com a abolição da escravidão em 1888, consolidou-se o processo de substituição da mão de obra escrava pela assalariada, de origem européia. Na indústria nascente também se utilizou mão de obra européia, que chegou da Europa carregada de idéias anarquistas. Foram freqüentes os protestos e greves neste período. No que se refere à situação de saúde, as epidemias continuavam a matar a escassa população, diminuindo o número de pessoas dispostas a vir para o Brasil. Por isso, o governo da época foi obrigado a adotar algumas medidas profiláticas, sendo uma delas as campanhas sanitárias para melhorar esta situação (CEFOR, s. d.).

Com a proclamação da República, o conhecimento disponível, o acesso a ele e a necessidade premente do país pelo controle de doenças infecto-contagiosas, importadas e exportadas pelos portos, fez com que o sanitarismo se estabelecesse como modelo, tendo como órgão pertinente o Departamento Nacional de Saúde Pública, com características que o mantiveram dominante até os anos 70 (quando se iniciou a institucionalização e o aumento da cobertura assistencial): campanhas sanitárias, intervenção repressiva (transferência de responsabilidade para o cidadão) e centralização que levava a decisões tecnocráticas. Instalou-se um corporativismo que, a custosos esforços, vem sendo superado com a implantação progressiva do SUS.

A evolução da saúde, nesse período, pode ser sintetizada pelos seguintes marcos significativos:

- **1890** - Conselho de Saúde Pública e Inspetoria Geral de Higiene.
- **1892** - Laboratórios de Saúde Pública em São Paulo
- **1893** - Serviço Sanitário dos Portos da República e Inspetoria Geral de Saúde dos Portos.
- **1894** - Instituto Sanitário Federal no Rio de Janeiro.
- **1897** - Diretoria Geral de Saúde Pública e início da organização dos serviços estaduais de higiene.
- **1902** - Notificação compulsória de doenças contagiosas sob os rigores do Código Penal.
- **1903-1908** - Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) com o primeiro objetivo de eliminar a febre amarela e a peste, em contexto de amplo programa de saneamento do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro.
- **1904** - Vacinação obrigatória contra a varíola e reorganização dos Serviços de Higiene Administrativa.
- **1920** - Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em substituição à DGSP.
- **1920-1926** - Reforma Carlos Chagas
- **1923** - Regulamento Sanitário Federal incorpora a expressão Vigilância Sanitária em referência ao controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, estabelecimentos e locais públicos.

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). À frente da diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, que organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social. (LUZ, 1991) Este órgão pertencia ao Ministério da Política do Saneamento. A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A retirada à força da população dos ambientes a serem saneados foi constantemente acompanhada pela vigilância policial, pois temia-se que o povo se revoltasse, agredindo os agentes sanitários. Além disso, muitas vezes a polícia agia com violência sem motivo, reproduzindo as formas repressoras comumente empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos como passeatas e greves (BERTOLLI FILHO, 1996).

A oposição ao modo como eram feitas (as campanhas) pode ser evidenciada na revolta contra a vacina obrigatória (contra varíola), em 1904. Liderados por um grupo de cadetes positivistas que eram oposição ao governo, muitos se revoltaram acusando o governo de despótico, de devassar a propriedade alheia com interdições, desinfecções, da derrubada maciça de bairros pobres, de arrombamentos de casas para nelas entrarem à força. A revolta é reprimida, pois a questão saúde ainda era concebida como uma questão policial (CEFOR, s. d.).

Impressionado e desgastado com os acontecimentos, o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos (BERTOLLI FILHO, 1996).

No campo da assistência médica individual, as classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, isto é, pelos médicos de família. O restante da população buscava atendimento filantrópico através de hospitais mantidos pela igreja ou recorria à medicina caseira (CEFOR, s. d.).

O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá enquanto decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura. Esta também é a época de nascimento da legislação trabalhista brasileira. Em 1923 é promulgada a lei Eloy Chaves, que, para alguns autores, pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. No período compreendido entre 1923 e 1930 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPS. Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPS eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos. No modelo previdenciário dos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este

período, o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior (CUNHA e CUNHA, 1998).

A revolução de 1930 marcou o fim da hegemonia política da classe dominante ligada à exportação do café. A crise de 1929 afetou as exportações, provocando uma enorme queda nos preços do café. O governo, impossibilitado de continuar a exercer a política de proteção aos preços do café, devido à crise que afetava os cofres públicos, estava perdendo legitimidade. Assim, em 1930 ocorreu a revolução, liderada por frações da classe dominante que não estavam ligadas à exportação de café. Além disso, o movimento contou com o forte apoio de camadas médias urbanas, como intelectuais, profissionais liberais, militares, particularmente os tenentes (CEFOP, s. d.).

Investido na Presidência da República pela revolução de 1930, [Getúlio Vargas](#) procurou de imediato livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais. Para atingir este objetivo promoveu uma ampla reforma política e administrativa, suspendeu a vigência da Constituição de 1891 e passou a governar por decretos até 1934, quando o Congresso Constituinte aprovou a nova Constituição. As dificuldades encontradas para governar democraticamente levaram Vargas a promover uma acirrada perseguição policial a seus opositores e aos principais líderes sindicais do país, especialmente a partir de 1937, quando foi instituída a ditadura do Estado Novo. Durante todo o seu governo - que durou até 1945 - Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso recorreu a medidas populistas, pelas quais o Estado se apresentava como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador

para justificar diante da sociedade o sistema autoritário, atenuado pela 'bondade' do presidente. (BERTOLLI FILHO, 1996)

O governo criou o Ministério do Trabalho, atrelando a ele Sindicatos e elaborou ampla legislação trabalhista. Regulamentando a relação entre o capital e o trabalho, o Estado criou condições indispensáveis para que a economia enfrentasse uma nova etapa, baseada na industrialização com objetivo de substituir importações. No plano da política de saúde, pode-se identificar um processo de centralização dos serviços que objetivava dar um caráter nacional a esta política. Nesta época, uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde do país e houve um relativo avanço da atenção à saúde para o interior, com a multiplicação dos serviços de saúde (CEFOP, s. d.).

A criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em 26 de novembro de 1930, foi uma das primeiras iniciativas do governo revolucionário implantado no Brasil no dia 3 daquele mesmo mês sob a chefia de Getúlio Vargas. O "Ministério da Revolução" - como foi chamado por [Lindolfo Collor](#), o primeiro titular da pasta, surgiu para concretizar o projeto do novo regime de interferir sistematicamente no conflito entre capital e trabalho. Até então, no Brasil, as questões relativas ao mundo do trabalho eram tratadas pelo Ministério da Agricultura, sendo na realidade praticamente ignoradas pelo governo.

Na montagem do ministério, Lindolfo Collor contou com a colaboração de elementos experientes no trato de questões trabalhistas, como Joaquim Pimenta e Evaristo de Moraes Filho - ligados às organizações sindicais durante a Primeira República -, e o empresário paulista [Jorge Street](#), que se notabilizara por introduzir melhoramentos em suas fábricas em benefício dos trabalhadores. Durante a gestão de Lindolfo Collor, o Ministério conheceu intensa atividade legislativa, referente

sobretudo à organização sindical e aos direitos trabalhistas, e esboçou as linhas-mestra de sua atuação nos anos seguintes. No campo da organização sindical, Lindolfo Collor declarava explicitamente que concebia os sindicatos como um instrumento para mediar o conflito entre empregados e patrões. Seu objetivo era trazer as organizações sindicais para a órbita do novo Ministério, de forma que elas passassem a ser controladas pelo Estado. Por outro lado, estimulava-se também a organização e reconhecimento de sindicatos patronais, na perspectiva de se construir uma organização social sobre bases corporativas. No que se refere à questão dos direitos trabalhistas, o regime procurava atender algumas reivindicações históricas do proletariado, ao mesmo tempo em que construía todo um discurso ideológico sustentado na idéia da outorga dos direitos dos trabalhadores pelo Estado. Esse projeto foi intensamente criticado pelos grupos de esquerda, que denunciavam seu caráter corporativista e diluidor dos conflitos entre capital e trabalho. Por conta disso, nos primeiros tempos somente os sindicatos das categorias com menor tradição organizativa aceitaram se enquadrar nas condições exigidas pelo Ministério do Trabalho para que fossem oficialmente reconhecidos.

De forma mais concreta, a gestão de Lindolfo Collor foi marcada pela extensão das Caixas de Aposentadoria e Pensões - antes restritas a marítimos, portuários e ferroviários - a diversas categorias profissionais; pela criação de Comissões de Conciliação entre empregadores e empregados, embrião da futura Justiça do trabalho; e por medidas no sentido da regulamentação da jornada de trabalho na indústria e no comércio, bem como do trabalho das mulheres e dos menores de idade.

Em virtude de conflitos políticos surgidos no interior do governo em torno da reconstitucionalização do país, Lindolfo Collor deixou o Ministério em março de

1932. Para substituí-lo, Vargas nomeou [Joaquim Pedro Salgado Filho](#), que cuidou de regulamentar muitas das iniciativas do período anterior, como o trabalho feminino e as Comissões Mistas de Conciliação. Além disso, Salgado Filho instituiu, em março de 1933, a carteira profissional. Merecem destaque também suas iniciativas no sentido de criar os Institutos de Aposentadoria e Pensões, que revolucionaram o tratamento da questão previdenciária no país, beneficiando diversas categorias profissionais.

Em julho de 1934, [Agamenon Magalhães](#) assumiu a pasta do Trabalho, substituindo Salgado Filho. A gestão de Agamenon foi marcada pela intensificação do controle ministerial sobre as organizações sindicais, principalmente após o fracassado levante armado articulado por setores da Aliança Nacional Libertadora (ANL) em novembro de 1935. Agamenon promoveu inúmeras intervenções em sindicatos, que tiveram seus diretores afastados e substituídos por elementos considerados confiáveis.

Ao mesmo tempo, Agamenon Magalhães procurou fazer cumprir a legislação trabalhista que vinha sendo adotada pelo governo. Foi instituído ainda o seguro em caso de acidente de trabalho, e foram previstas indenizações em caso de demissão sem justa causa no comércio e na indústria. O processo de criação e organização dos Institutos de Aposentadoria e Pensões estava em continuidade. Estreitamente vinculado a Vargas, Agamenon deu apoio incondicional ao golpe liderado pelo presidente que originou a ditadura do Estado Novo em novembro de 1937. Logo após o golpe, Agamenon assumiu a interventoria federal no estado de Pernambuco, sendo substituído no Ministério do Trabalho por [Valdemar Falcão](#).

Na gestão de Valdemar Falcão, que correspondeu aos primeiros anos do Estado Novo, foi regulamentado o salário mínimo (1938) e foi criado, em agosto de

1940, o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS). Em 1º de maio de 1941, foi finalmente inaugurada a Justiça do Trabalho. Entre junho e dezembro de 1941, o Ministério foi dirigido interinamente por Dulfe Pinheiro Machado. Em seguida a pasta foi entregue a [Alexandre Marcondes Filho](#). Iniciou-se, então, a cobrança do imposto sindical, instrumento importante para a manutenção da tutela estatal sobre as organizações sindicais. A obra maior de Marcondes Filho, porém, foi a sistematização e o aprimoramento de toda a legislação social até então produzida, na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nessa tarefa, Marcondes Filho foi auxiliado por técnicos do ministério, como Arnaldo Sussekind e João Segadas Viana.

No início de 1945, após deixar o Ministério da Justiça, Marcondes Filho passou a dedicar-se à estruturação do Partido Trabalhista Brasileiro, agremiação que visava canalizar o prestígio de Vargas e dos próprios dirigentes do ministério para a disputa eleitoral. Em outubro daquele ano, em virtude da deposição de Vargas, Marcondes Filho deixou a pasta do Trabalho, sendo substituído por Roberto Carneiro de Mendonça. No governo [Dutra](#), iniciado em 1946, o ministério seria entregue a Otacílio Negrão de Lima, representante do PTB.

No Ministério do Trabalho tinha um órgão que controlava a previdência, a CAP's. Assim que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAP's, financiadas de forma tripartite, pelos empregados, empresas e governo, que, porém, excluía muitos segmentos da população. Embora fosse regulado pelo Estado, o rápido crescimento do sistema de caixas não permitia ao governo monitorar seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha (anos 20),

quando o Estado era desprovido quase totalmente de instâncias de fiscalização das ações da sociedade civil.

A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

A primeira CAP's criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía.

Tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.”

A comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa, um dos quais assumindo a presidência da comissão, e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos.

No sistema das Caixas estabelecido pela Lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP.

A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado a crescente importância da questão social.

Os IAP's, modelos de pensões vinculadas a gênero ou categoria profissional, foram organizados a partir de 1933, de forma a abranger as mesmas categorias em todo o território nacional. Muitas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) foram transformadas em IAP's, como foi o caso dos trabalhadores de trapiches e

armazéns, que passou a constituir o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados de Transportes e Cargas (IAPETC).

Entre 1933 e 1945, foram criados sete IAP's (Marítimos, Industriários, Transportadores de Carga, Bancários, Comercários, Estiva e Servidores do Estado). O IAP da estiva foi, em 1945, incorporado ao dos transportadores de carga, reduzindo para seis o número de Institutos. Esta nova organização manteve o modelo de financiamento tripartite.

Com a crise dos anos 30 e o advento da revolução liderada por Getúlio Vargas, ocorreram muitas mudanças, aumentando o centralismo estatal. Os setores de saúde e previdência não fugiram a esse movimento. Ao longo dos anos 30, a estrutura das CAP's foi adicionada pela dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) autarquias centralizadas no governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Estas estruturas, organizadas por ramos de atividade, absorveram a maioria das antigas CAP's, embora algumas tenham sobrevivido até os anos 60. Ao longo dos anos 30, foram criados os institutos de marítimos (IAPM), comerciários (IAPC), bancários (IAPB), estiva e transporte de cargas (IAPTEC) e industriários (IAPI). Nos anos 40, foi criado o último desses institutos - o dos servidores do Estado.

Em relação às ações de saúde coletiva, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista. No período 1938/1945, o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (CUNHA e CUNHA, 1998).

Compreendendo a conjuntura de ascendência e hegemonia do Estado populista, observa-se a criação dos institutos de seguridade social (institutos de Aposentadorias e Pensões, IAP's), organizados por categorias profissionais. Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agro-exportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileira de então (LUZ, 1991).

Diferentemente das CAP's, a administração dos IAP's era bastante dependente do governo federal. O conselho de administração, formado com a participação de representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo Presidente da República. Há uma ampliação da Previdência com a incorporação de novas categorias não cobertas pelas CAP's anteriormente. Do ponto de vista da concepção, a Previdência é claramente definida enquanto seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. Caracterizam esta época a participação do Estado no financiamento (embora meramente formal) e na administração dos institutos, e um esforço ativo no sentido de diminuir as despesas, com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A

Previdência passa a se configurar enquanto 'sócia' do Estado nos investimentos de interesse do governo (CUNHA e CUNHA, 1998).

3.2 De Vargas ao Período Militar

A vitória dos Estados Unidos e dos Aliados na Segunda Guerra Mundial teve imensa repercussão no Brasil. Grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando, em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas e, no ano seguinte, na elaboração de uma Constituição democrática de inspiração liberal. A partir de então, e até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como período de redemocratização, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos.

Mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida. Os presidentes da República continuaram a buscar apoio popular com medidas demagógicas, destinadas mais a firmar sua imagem como 'pais do povo' do que a resolver de fato os grandes problemas da população. Os movimentos sociais, por sua vez, exigiam que os governantes cumprissem as promessas de melhorar as condições de vida, de saúde e de trabalho. Neste contexto, a década de 50 foi marcada por manifestações nacionalistas, que procuravam firmar o país como potência capaz de alcançar seu próprio desenvolvimento econômico, independente das pressões internacionais e especialmente do imperialismo norte-americano. Ao mesmo tempo, houve um forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, favorecendo a proposta desenvolvimentista, isto é, de modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado. Esta política teve

como principal personagem o presidente Juscelino Kubitscheck, que governou o país de 1956 a 1961 (BERTOLLI FILHO, 1996).

No campo da saúde pública vários órgãos são criados. Destaca-se a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, criado no período anterior, em 1942, em decorrência de acordo com os EUA. O SESP visava, principalmente, a assistência médica dos trabalhadores recrutados para auxiliar na produção da borracha na Amazônia e que estavam sujeitos à malária. A produção de borracha era necessária ao esforço de guerra dos aliados na 2ª guerra. Criou-se também o Ministério da Saúde, em 1953. As ações na área de saúde pública se ampliaram a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria.

Neste período, os sanitaristas discutiam sobre política de saúde, refletindo o debate que acontecia sobre economia. Havia de um lado aqueles que achavam que as condições de saúde melhorariam se fossem utilizadas técnicas e metodologias adequadas, de outros países. O SESP era um exemplo deste grupo, pois, no início, a estrutura dos serviços era sofisticada e cara, semelhante à estrutura nos Estados Unidos. De outro lado havia os sanitaristas que buscavam uma prática articulada com a realidade nacional. Mas por muitos anos, as idéias do primeiro grupo influenciaram a prática do governo (CEFOR, s. d.).

Como exemplos das ações sobre o ambiente destacamos as grandes campanhas para sanear os portos e fronteiras do país, visando o controle da febre amarela no Rio de Janeiro e Santos ou da malária na Amazônia, durante o ciclo da borracha; das ações para erradicar a cólera e a dengue; ou das grandes campanhas de vacinação em massa da população, desenvolvidas mais recentemente. Já em meados deste século são estruturadas a Fundação SESP e SUCAM (Superintendência de Campanhas), posteriormente incorporadas com a criação da

Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que passa a coordenar essas ações no país.

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, dados ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Sucam no combate a diversas endemias (Chagas, Esquistossomose, e outras), sendo esta posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde.

Em 1970, criou-se a SUCAM (Superintendência de Campanhas da saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária.

Nessa mesma época, o Brasil passa a ser influenciado pelas idéias de seguridade social que são amplamente discutidas no cenário internacional ao final da II Guerra Mundial, em contraposição ao conceito de seguro da época anterior (...). As ações de previdência são agora caracterizadas pelo crescimento dos gastos, elevação das despesas, diminuição de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários. As explicações para tais mudanças podem ser colocadas enquanto resultado de uma tendência natural (maior número de pessoas recebendo benefícios, uma vez que esta é a época de recebimento de benefícios dos segurados incorporados no início do sistema); como também de mudanças de posições da Previdência Social (desmontagem das medidas de contenção de gastos dos anos 1930/1945; crescimento dos gastos com assistência médica, que sobe de 2,3% em 1945 para 14,9% em 1966; crescimento dos gastos com benefícios, em

função do aumento de beneficiários, de mudanças nos critérios de concessão de benefícios e no valor médio destes (CUNHA e CUNHA, 1998).

Quanto à assistência médica, os principais avanços ficaram por conta da luta dos sindicatos para que todos os IAP's prestassem assistência médica aos seus associados. Em 1960, é aprovada a lei que iguala os direitos de todos os trabalhadores, mas ela não é posta em prática. O próprio movimento sindical não via com bons olhos a unificação dos institutos, pois isto poderia nivelar por baixo a qualidade dos serviços. Muitos deputados também estabeleciam seus vínculos com uma ou outra categoria, em cima da diferenciação dos institutos.

Neste período, os IAP's que possuíam recursos suficientes construíram hospitais próprios. Surgiram também os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas, insatisfeitas com o atendimento do Instituto dos Industriários - IAPI. Tem-se aí a origem dos futuros convênios das empresas com grupos médicos conhecidos como 'medicina de grupo', que iriam caracterizar a previdência social posteriormente.

Bertolli Filho (2001) analisando a tuberculose no Brasil até meados do século XX, mescla trajetórias institucionais, envolvendo a atuação do Estado, da filantropia e de órgãos privados. Tece uma significativa apreciação sobre o preconceito construído em torno da doença e demonstra como o medo de adoecer gerou trajetórias próprias de uma época, quando a tuberculose aterrorizava, mutilava e matava grande parcela da população acometida. Ao mesmo tempo, observa os meandros entre a sensibilidade de uns, os interesses de outros e a indiferença de muitos. Ao lado de trabalhos recentes acerca da história da tuberculose, trafega-se pelos 'enigmas' da doença, apreciando as mudanças de concepções, contrapondo o modelo que a apresenta como fenômeno biológico àquele que a relaciona a uma

gama mais ampla de aspectos e considerando, sobretudo, as diferentes versões e possibilidades que colocam no âmbito do social a causalidade da doença. Esta se constitui historicamente como uma enfermidade singular, uma vez que congrega em sua trajetória, além de variados modelos explicativos para a doença, inúmeras propostas de tratamento, amplas discussões acerca de um possível conteúdo educativo e regulador e a criação de instituições próprias, balizadas por estas diferenciadas orientações.

A História social da tuberculose e do tuberculoso tomaria corpo no século XX. Apresenta-nos as organizações institucionais e algumas das intervenções oficiais, destacando as propostas implementadas no estado de São Paulo em particular.

No Brasil o início do século XX, a doença representava uns problemas gravíssimos, destacando-se nas estatísticas e sendo superada somente pela varíola em seus episódios epidêmicos. A morte era quase certa e os serviços de saúde, praticamente inexistentes.

A climatoterapia, assumida como terapêutica específica até o início dos anos 1930, foi indicada mundialmente. E várias cidades, verdadeiras 'tisiópolis', foram criadas para abrigar os doentes, como é o caso, no Brasil, de Campos do Jordão e São José dos Campos, espaços privilegiados. Histórias muito singulares podem ser ouvidas de dentro desses espaços, onde médicos e doentes trocavam seus bacilos, suas angústias e entrelaçavam suas vidas e suas mortes. A convivência com a doença também na condição de pacientes levou vários médicos, a se especializarem, podendo ser ouvidas afirmativas enfáticas. Como a do médico José Silveira, em narrativa para um estudo formulado pela Casa de Oswaldo Cruz sobre o tema, de que "só era especialista em tuberculose quem tinha sido tuberculoso". Nesse sentido, na Faculdade de Medicina de Minas Gerais, estudantes tuberculosos

compunham turmas específicas, capacitando-se profissionalmente e relacionando especialização com a cura de sua tuberculose. Foi o que ocorreu com Raphael de Paula Souza, médico tisiologista, que se empenhou durante toda a vida na luta antituberculosa, iniciando sua trajetória profissional nos sanatórios de Campos do Jordão.

Os sanatórios e os hospitais das 'tisiópolis', que associavam a idéia do clima específico e o isolamento do paciente com repouso e boa alimentação, encabeçaram a luta contra a tuberculose durante as primeiras décadas do século XX. A indicação do isolamento trazia incorporado o preconceito diante da enfermidade, constituindo os sanatórios como espaços onde o paciente podia ser retirado da sociedade ou mesmo 'escondido' dela.

Essas primeiras décadas são minuciosamente retratadas, por meio da análise da atuação de alguns desses nosocômios localizados em São Paulo. Destacou o Sanatório São Luiz Gonzaga, conhecido como Jaçanã, e o conjunto denominado 'sanatorinhos', da Associação de Sanatórios Populares, cuja criação polêmica foi encabeçada por Raphael de Paula Souza. As desavenças criadas por essa proposta de assistência às populações mais pobres provocaram inclusive mobilização de cunho político, sustentada nas orientações do governo varguista, que identificavam este como um movimento de esquerda (e certamente não estavam de todo equivocados).

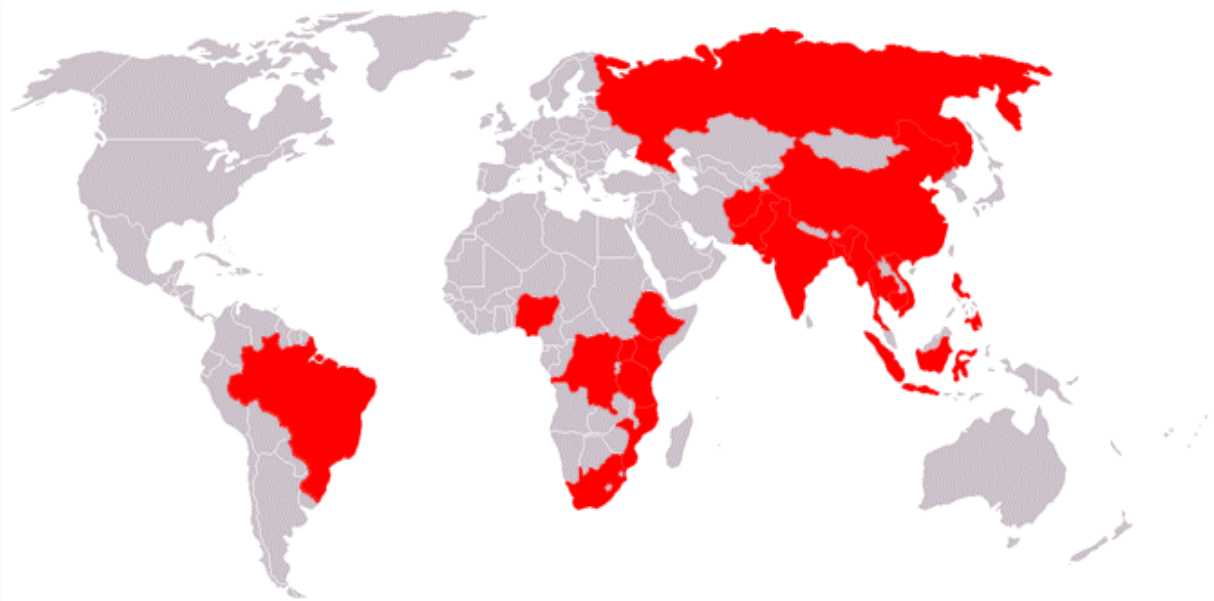
Quanto as mudanças que impulsionaram a reforma dos Serviços de Higiene Pública do Estado de São Paulo, observando particularmente, nesse momento, a atuação de Adhemar de Barros. Como interventor do estado, Adhemar direcionou as parcas ações de controle da doença para interesses políticos particulares.

Ao se deter na década de 1930 e 1940, o estudo é primoroso, especialmente quando lança seu olhar para os serviços de saúde a partir da apreciação de prontuários médicos. O conteúdo desses prontuários deixa a impressão de que os médicos esforçavam-se, antes de tudo, para descobrir os grandes mistérios da existência física. Esses mistérios permitiam ao médico criar perfis específicos dos doentes, apregoando-lhes características como promiscuidade, aberrações e hábitos revolucionários, diante dos quais a 'conversão moral' do doente era colocada como uma prescrição de intervenção reeducadora, de competência do médico. Enquanto este construía a justificativa para a sua atuação, os pacientes compunham para si 'histórias sanitárias individuais', em que ações do cotidiano, em geral relacionadas ao aparelho respiratório, eram culpabilizadas pela tuberculose.

As diferentes leituras observadas nas linhas e entrelinhas dos prontuários médicos dão singularidade a esses documentos, traduzindo-se como interpretações riquíssimas do mundo profissional e social embebidas no preconceito que se engendrou sobre a doença naqueles tempos.

Que em fins do século XVIII e início do XIX a tuberculose era vista como doença romântica que aguçava a sensibilidade, o requinte e a delicadeza de personagens figurativos e engrandecia a obra artística, valorizando os sentimentos dos que a carregavam em seus corpos. Ignorava-se sua presença nos cortiços, entre operários. Enfim era relacionada aos sensíveis e capazes de grandes paixões, que não figuravam certamente entre os pobres. Para as artes, era o tempo da doença 'mítica e individual' dos ricos, ao menos de espírito, segundo o pensamento da época. A visão posterior, bacteriologizante, das doenças, associada à perspectiva de padrões diferenciados de saúde, com exaltação do corpo saudável, ressaltou a tuberculose da classe operária e dos pobres. Passou a ser então ocultada entre as

classes abastadas, que começaram, também a partir de meados do século XIX, a exibir um corpo abastado e, portanto, supostamente livre da 'peste branca'. Nesse contexto, tratou de construir uma tuberculose típica das classes populares, relacionando-a também às paixões, porém localizando seus personagens nos hospitais e sanatórios pobres, em uma aproximação da doença às classes sociais mais baixas, indicando-se a pobreza como determinante direto da tísica.



Mapa dos países onde 80% dos casos de tuberculose estão concentrados.
Fonte: [Organização Mundial da Saúde](#).

A hanseníase, antigamente chamada de lepra, é uma doença infecciosa de evolução crônica (muito longa) causada pelo bacilo denominado *Mycobacterium leprae* ou *bacilo de Hansen*, microorganismo que acomete principalmente a pele e os nervos das extremidades do corpo, descoberto em 1873 pelo cientista norueguês Gerhard Armauer Hansensn, morfologicamente muito semelhante ao bacilo causador da tuberculose. A doença tem um passado triste, de discriminação e isolamento dos doentes, que hoje já não existe e nem é necessário, pois a doença pode ser tratada e curada.

A hanseníase é uma doença infecciosa, porém, como não se transmite com facilidade, não são registradas grandes epidemias.

A hanseníase chegou ao Brasil na época do descobrimento, espalhou-se e permanece até hoje, sendo considerado um dos mais sérios problemas da saúde pública no país. Ocupamos o 1º lugar da América Latina, com um número estimado de doentes entre 250 e 500 mil casos, o que nos coloca também em 4º lugar do mundo em número de doentes. Há no mundo todo mais de dez milhões de pessoas com hanseníase.

Relativamente pouco contagiante, a forma de contágio mais comum é a direta (pessoa a pessoa), entre outras vias, por descargas nasais infectadas. Existe maior predisposição na infância, em condições sanitárias deficientes e de subnutrição.

A meta geral dos programas de controle da hanseníase é a prevenção de incapacidades. O momento atual apresenta uma oportunidade singular para implementar atividades específicas de prevenção de incapacidades, decorrente da implementação bem-sucedida da poliquimioterapia (PQT). O estigma está diminuindo e a passagem para programas integrados torna possível a introdução da Prevenção de Incapacidades (PI) nos níveis primários de atenção à saúde.

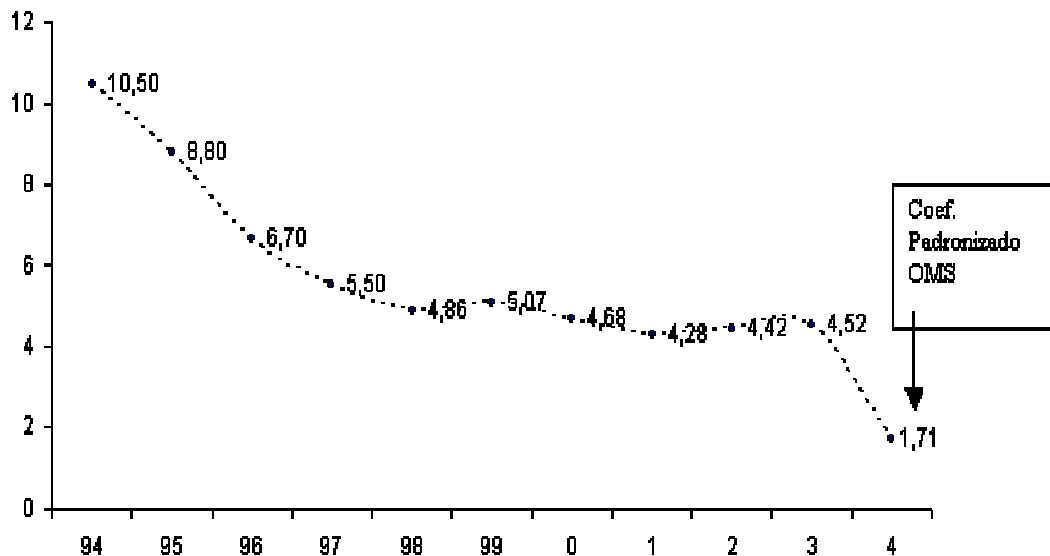
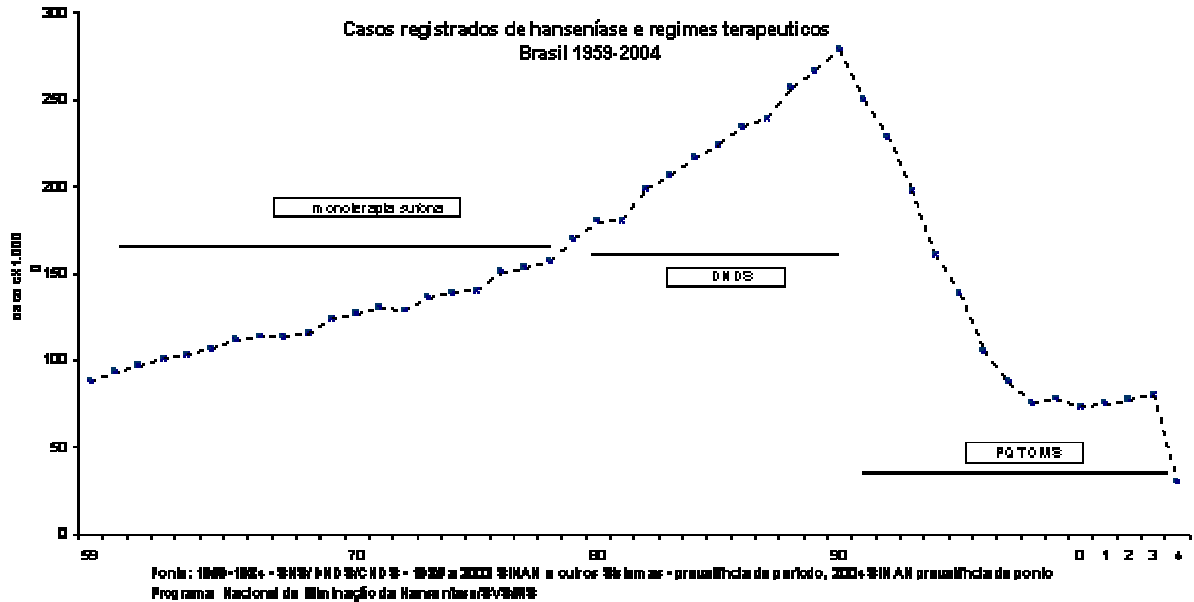
A Comissão Médica da ILEP produziu um conjunto de diretrizes para a Prevenção de Incapacidades nos Programas de Controle da Hanseníase em 1993. O propósito dessas diretrizes era de motivar os coordenadores dos programas de controle da hanseníase a implantar atividades adequadas de prevenção de incapacidades. A ILEP, não coleta, rotineiramente, informações sobre incapacidades, exceto a porcentagem de pacientes com grau II de incapacidade no diagnóstico, e nem a ILEP nem a Organização Mundial de Saúde (OMS) reúnem, rotineiramente, dados sobre as atividades de prevenção de incapacidades. Assim

não há informações prontamente disponíveis acerca do que está ocorrendo nesta área.

No início do século XX, no Brasil, os portadores da hanseníase das classes populares e despossuídos de assistência médica, pública ou privada, buscavam instalar-se nos arrabaldes das vilas e cidades, sobretudo nas áreas rurais dos estados brasileiros. Em geral, sustentavam-se de doações e esmolas das populações vizinhas, onde entre intenções caridosas estava presente também o milenar rechaço aos portadores desta enfermidade (ANTUNES, 1991). Diante desta realidade, surgiram algumas associações e sociedades beneficentes que trataram de arrecadar recursos para a construção de instalações permanentes para os hansenianos. A origem de alguns destes hospitais no Brasil data do início do século XX. A partir da década de 1930, a parceria entre essas instituições e os órgãos públicos federais, estaduais e municipais, agilizou a construção de hospitais-colônia em vários estados do Brasil.

Na chamada Era Vargas, sobretudo após a instituição do Estado Novo, cresceu a participação do poder federal no combate à doença. A primeira medida a refletir este contexto foi o decreto n 1.473, de 8 de março de 1937, que declarava de utilidade pública a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Este decreto facilitava os acordos e parcerias entre as instituições não-oficiais e o então Departamento Nacional de Saúde. Assim, as associações que buscavam estabelecer hospitais-colônia através de campanhas de arrecadação de recursos passaram a contar com verbas estaduais e federais para a realização dos projetos. Em 1944, o decreto n 15.484, de 8 de maio, aprovava o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde. Ficavam então

definidas as atribuições deste serviço que iria intervir em todos os assuntos relativos ao combate à hanseníase, incluindo-se aí os hospitais-colônia.



Fonte: SINAN/PNEH/SES

O período caracteriza-se também pelo investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária (centros de saúde), pois aquele era compatível com o crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica” (CEFOP, s. d.).

Se as condições de vida da maior parte da população não pioraram, a consciência da dureza dessas condições foi se tornando cada vez mais clara no período. Mas, em presença da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Ele foi percebido, aliás, como um impasse estrutural, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política. Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam 'reformas de base' imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964 (LUZ, 1991).

No dia 31 de março de 1964, um golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas colocou fim à agonizante democracia populista. Sob o pretexto de combater o avanço do comunismo e da corrupção e garantir a segurança nacional, os militares impuseram ao país um regime ditatorial e puniram todos os indivíduos e instituições que se mostraram contrários ao movimento auto-proclamado Revolução de 64. Classificados como agentes do comunismo internacional, foram perseguidos muitos líderes políticos, estudantis, sindicais e religiosos, que lutavam pela melhoria das condições de saúde do povo. Os generais presidentes promoveram alterações estruturais na administração pública, no sentido de uma forte centralização do poder, privilegiando a autonomia do Executivo e limitando o campo de ação dos poderes Legislativo e Judiciário. Sob a ditadura, a burocracia governamental foi dominada pelos tecnocratas, civis e militares, responsáveis em boa parte pelo 'milagre econômico' que marcou o país entre 1968 e 1974. Essa elevação do Produto Interno Bruto (PIB) foi resultado da modernização da estrutura produtiva nacional,

mas também, em grande parte, da política que inibiu as conquistas salariais obtidas na década de 50. Criava-se assim uma falsa ilusão de desenvolvimento nacional, já que o poder de compra do salário mínimo foi sensivelmente reduzido, tornando ainda mais difícil a vida das famílias trabalhadoras (BERTOLLI FILHO, 1996).

A política econômica e o forte arrocho salarial operaram intensa concentração de renda que resultou no empobrecimento da população. E esta situação se refletiu no crescimento da mortalidade e da morbidade. É quando ocorrem as epidemias de poliomielite e de meningite, sendo que as notícias sobre esta última foram censuradas nos meios de comunicação, em 1974 (CEFOP, s. d.).

O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura. Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um 'fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico', o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente sua linha de atuação (BERTOLLI FILHO, 1996).

3.3 Período Militar (1964 a 1985)

Com o golpe de 1964 e o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAP's, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Este fato, ocorrido em 1966, marca também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. A criação do INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade e representa uma tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas em períodos populistas anteriores.

O rompimento com a política populista não significou alteração em relação à política assistencialista anterior, ao contrário, o Estado amplia a cobertura da previdência aos trabalhadores domésticos e aos trabalhadores rurais, além de absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela Lei Orgânica da Previdência Social. Excetuando os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais eram cobertos pela Previdência Social.

Em relação à assistência médica, observa-se um movimento ainda mais expressivo de ampliação de cobertura. Os gastos com assistência médica, que continuaram a crescer neste período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 76. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, que chega a representar menos de 1,0% dos recursos da União.

Acontece uma progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias, até sua extinção em 70. Ao mesmo tempo, a 'contribuição do Estado' se restringia aos custos com a estrutura administrativa. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa, o INPS dá prioridade a contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios, decisão que acompanha a postura do governo federal como um todo (CUNHA e CUNHA, 1998).

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais clínicos e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos - já parcos - tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do milagre brasileiro.

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e conseqüências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre uma proposta de medicina social e preventiva; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituídos por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela. Assisti-se também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (LUZ, 1991).

Ainda, é neste período que é difundida a chamada medicina comunitária, com apoio da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde. A medicina comunitária propunha técnicas de medicina simplificada, a utilização de mão de obra local (os agentes de saúde) e a participação da

comunidade. Entre os trabalhos que buscaram a participação da comunidade na área de saúde, havia os ligados à igreja católica como o projeto de Nova Iguaçu e o de Goiás Velho, os projetos ligados às universidades, financiados por órgãos externos, como o de Londrina-PR e os projetos assumidos pelo governo como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, que objetivava a extensão dos serviços de saúde à população carente. A idéia de expansão de cobertura associada à medicina comunitária já vinha sendo discutida no interior das universidades brasileiras, sem, no entanto, alcançar reconhecimento por parte do Governo, no sentido da incorporação do seu modelo. A experiência inovadora que os seus técnicos realizariam, desenvolvida pelo Projeto Montes Claros, adotou, como estratégia política, uma intensa articulação com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e com outros espaços do sistema de saúde, receptivos às idéias de um programa de extensão de cobertura com essas características, definidas "como um laboratório de democratização na saúde (...) ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais" (FLEURY, 1995, p. 14). Os produtos desse trabalho passaram a ser divulgados, estrategicamente, através de visitas e seminários, criando condições para a sua experimentação e o debate em outras realidades.

Em 1975, foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que apesar de conter idéias inovadoras, reforçava a dualidade do setor saúde dando ao

Ministério da Saúde caráter apenas normativo e ações na área de interesse coletivo e ao Ministério da Previdência a responsabilidade pelo atendimento individualizado.

Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira, resultado de: 1) aumento de gastos; 2) aumento da demanda; 3) maneira como se dava o contrato com a rede médica privada, possibilitando fraudes; 4) inexistência de fiscalização dos serviços executados pela rede privada.

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. Primeiro, porque o capitalismo em nível internacional entra num período também de crise. Segundo, porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável.

A idéia do que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirma no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, sendo o país um dos que apresentam um dos maiores índices de concentração de renda a nível mundial.

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrarem as suas mazelas:

- Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
- Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
- Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;

- Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;
- Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união).

Anos	% Assist. Médica sobre a receita de contribuições	% Assist. Médica sobre as despesas totais
1947	3,6	6,5
1959	18,9	13,6
1960	18,6	14,5
1961	16,0	13,2
1962	17,0	13,8
1963	19,7	15,2
1964	21,9	17,3
1965	26,0	19,1
1967	30,3	24,5
1968	27,1	18,2
1969	34,2	23,7
1970	36,9	24,4
1971	34,5	23,9
1972	32,0	24,0

Fonte: INPS apud Oliveira & Teixeira, 1989.

Pode-se observar que, ao passar do tempo, o percentual de assistência médica sobre a receita de contribuições vem variando, no período de 12 anos, que compreende de 1947 a 1959, houve um aumento de 13,3%, entretanto comparando às despesas com as receitas nota-se que no ano de 1947, teve seu percentual a mais 2,5, visto que houve um período mais longo.

É visível a variação percentual tanto na receita de contribuições quanto nas despesas, sendo essas variações para mais, demonstrando um gasto com a saúde pública.

INPS : Número de Internações (em mil) em hospitais próprios, contratados e conveniados no período de 1971-1977

Anos	Internações Serv. Próprio			Internações Serv. contratado		Internações Serv. conveniado	
	Total	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%
1971	2.932	136	4,6	2.796	95,4	...	...
1972	3.406	132	3,9	3.406	96,1	...	...
1973	3.709	139	3,7	3.569	96,2	...	...
1974	4.082	176	4,3	3.906	95,7	...	...
1975	5.385	183	3,4	4.928	91,5	275	5,1
1976	6.744	178	2,6	6.179	91,7	387	5,7
1977	6.803	216	3,1	6.223	90,3	454	6,6

Fonte: INPS apud Oliveira & Teixeira, 1989.

No período de seis anos, observa-se o somatório de internações em hospitais próprios, contratados e conveniados. No ano de 1971, as internações de maior quantidade estão nos hospitais contratados, com um percentual de 95%, enquanto que nos hospitais próprios, o número é reduzido, podendo trabalhar em 4,6%, e tendo uma diferença numa faixa de 90%. Sendo assim, aponta-se nesse período um aumento gradativamente significativo. Na tabela só vai aparecer quanto as internações de hospitais conveniados em 1975, com isso, essa fatia do mercado, não participativa era dividida e disputada entre as outras modalidades. E a partir de 1975 até 1977, essa fatia não participativa ganhou força e tanto no número de internações quanto no percentual, houve um crescimento significativo para o mercado e para a saúde pública.

INPS : Número de consultas médicas (em mil) em unidades próprias, contratadas e conveniadas no período de 1971-1977

Anos	Serv. Próprio			Serv. contratado		Serv. conveniado	
	Total	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%
1971	44.692	37.328	83,5	7.261	16,5	...	...
1972	47.796	38.573	80,7	9.233	19,3	...	...
1973	48.633	39.262	80,7	9.371	19,3	...	...
1974	52.144	41.575	79,7	10.568	20,3	...	...
1975	82.369	49.110	59,6	15.104	18,3	18.135	22,1
1976	105.477	52.703	50,0	27.759	26,3	25.015	23,7
1977	134.417	57.182	42,5	39.633	29,5	37.632	28,0

Fonte: INPS apud Oliveira & Teixeira, 1989.

Nesta tabela, podemos verificar o crescimento no número de consultas médicas por unidades. Mas quanto ao seu percentual, já existe uma variação. Se somarmos o percentual de unidades próprias, vamos achar um percentual de 476,7%, contra 147,5% das unidades contratadas e por fim, com um valor em percentual pequeno, totalizando em 73,8%, as unidades conveniadas. Entretanto a diferença existente entre a unidade própria e a contratada está numa faixa de 328,2%. Comparando a unidade contratada com a unidade conveniada, visto que a segunda unidade em 2 anos teve um melhor resultado em relação a contratada que já vem a seis anos no mercado

Em 1978 houve nova tentativa de racionalização da previdência, sendo criado do SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (CEFOP, s. d.). A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência. Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social - IAPAS, além de integrar os órgãos já existentes. A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência a universalização e adoção do modelo de Seguridade Social.

Neste período estão definidas as bases que permitiram a hegemonia, na década de 70, do modelo assistencial privatista. De acordo com Mendes, este modelo se assenta no seguinte tripé: a) o Estado como financiador do sistema, através da Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos (CUNHA e CUNHA, 1998).

4 A DÉCADA DE 80 E 90 E OS GOVERNOS NEO LIBERAIS

A globalização e o neoliberalismo vigentes no final da década de 80 e em toda a década de 90 trouxeram grandes tensões sociais, especialmente na área da saúde. Os governos neoliberais discutiram seriamente o modelo chileno de privatização do setor saúde. Estes embates entre a esquerda sanitária e os neoliberais deu-se no primeiro governo civil após o período militar. Foi o momento de maior criação no nosso sistema de saúde. A constituinte, pela primeira vez na história, criou um capítulo específico dentro da constituição federal, voltado para a saúde, que passou a ser um dever do Estado e um Direito de todos os cidadãos brasileiros.

4.1 As Décadas de 1980 e 1990

A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico dos regimes militares, manifestadas, sobretudo pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República. O último general presidente, João Figueiredo (1979-1985), viu-se obrigado a acelerar a democratização do país, a lenta e gradual abertura política iniciada por seu antecessor. Foi extinto o bipartidarismo imposto pelos militares e criaram-se novos partidos políticos. A imprensa livrou-se da censura, os sindicatos ganharam maior liberdade e autonomia e as greves voltaram a marcar presença no cotidiano das cidades brasileiras (BERTOLLI FILHO, 1996).

A reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática. Essas negociações colocaram em plano secundário - na verdade quase excluíram - os sindicatos e partidos de esquerda, recém-saídos da clandestinidade, apesar do seu sucesso eleitoral nos anos de 1982 e 1984. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças conservadoras, graças a procedimentos de corrupção eleitoral (clientelismo, curralismo eleitoral, financiamento de candidatos favoráveis a lobbies etc.) empregado desde a Primeira República. Apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda (LUZ, 1991).

Desde os anos 70, havia uma certa inquietação no interior do Estado com os gastos crescentes na saúde. A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas mais complexas (encarecendo o atendimento) e a má distribuição destes recursos, tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa. Tudo isso, num quadro de crise econômica, prognosticava a falência do modelo.

Assim, no final dos anos 70, estava demarcada a diretriz de redução de custos, mas, contraditoriamente, havia forte tendência de expansão do atendimento médico para os setores ainda não cobertos. Já no início da década, começara a surgir, ainda fora do aparato estatal, uma corrente contra-hegemônica que preconizava como proposta - para a melhoria da assistência médica no país - a descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da extensão de cobertura a setores até então descobertos, como os trabalhadores rurais. O movimento sanitário

criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público. Mas é somente na década de 80 que as propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial.

O movimento sanitário vai ter, portanto, um ponto em comum com os setores até então hegemônicos: a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma maior democratização do atendimento médico, estendendo-o à população marginalizada que não contribuía diretamente com a Previdência Social.

Entre 1981 e setembro de 1984, o país vivencia uma crise econômica explícita, e é quando se iniciam as políticas racionalizadoras na saúde e as mudanças de rota com o CONASP - Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária e as AIS - Ações Integradas de Saúde. Este é um momento tumultuado na saúde, tendo em vista a quebra de hegemonia do modelo anterior (FRANÇA, 1998).

Em 1981, foi criado o CONASP que elaborou um novo plano de reorientação da Assistência Médica que, em linhas gerais, propunha melhorar a qualidade da assistência fazendo modificações no modelo privatizante (de compra de serviços médicos) tais como a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela.

A partir do plano do CONASP, surgiu o Programa de Ações Integradas de Saúde, que ficou conhecido como AIS. Tinha o objetivo de integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. Os governos

estaduais, através de convênios com os Ministérios da Saúde e Previdência, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam através de adesão formal ao convênio.

Em todos estes planos, havia a idéia de integração da saúde pública com a assistência médica individual. Era uma aspiração antiga que encontrava interesses contrários à sua concretização nos grupos médicos privados e na própria burocracia do INAMPS (CEFOP, s. d.).

No governo da Nova República, a proposta das AIS é fortalecida e este fortalecimento passa pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com participação de usuários dos serviços de saúde.

Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, que é definida como 'resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.' Este documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após (CUNHA e CUNHA, 1998).

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde. Esta seção sobre Saúde incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência

Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS.

No entanto, isso não foi fácil. Vários grupos tentaram aprovar outras propostas, destacando-se duas: a dos que queriam manter o sistema como estava, continuando a privilegiar os hospitais privados contratados pelo INAMPS e a dos que queriam criar no país um sistema de seguro-saúde mais ou menos parecido com o americano (que, todos sabemos, é caro e não atende a todos). Como essas alternativas não tinham muita aceitação, pois uma já tinha demonstrado que não funcionava e a outra era inviável pela questão econômica, a proposta feita pelo movimento da Reforma Sanitária teve chance e acabou sendo aprovada, ainda que com imperfeições. O Movimento Sanitário Brasileiro, após anos de muita batalha, imprime importantes avanços na Política Nacional da Saúde, quando há 10 anos atrás, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde consegue consagrar os princípios da Reforma Sanitária como diretrizes hegemônicas para o Sistema Nacional de Saúde. O movimento sanitário brasileiro efetuou uma crítica à medicina preventiva e a outros movimentos de reforma em saúde. Diante das insuficiências teóricas e políticas desses movimentos, tornou-se necessário transformar muitas das suas noções em conceitos teóricos e proposições políticas. Assim, a noção de integralidade poderia ilustrar este esforço e, ao mesmo tempo, os conseqüentes desafios teóricos, políticos, culturais, metodológicos e técnico-operacionais.

A VIII Conferência consegue, pela primeira vez na história brasileira, hegemonizar a idéia de um sistema único de saúde, público e sob o controle do Estado, além de estabelecer a saúde como direito de cidadania; e, apoiada no movimento social leva para dentro do processo constituinte, do final dos anos 80, a discussão destes princípios da Reforma Sanitária brasileira. Todavia, a Constituição,

ao apresentar as diretrizes para o SUS, concebe-o como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2003). Esta retórica contorcionista pode refletir uma visão de sistema de saúde que identifica ações preventivas com a saúde pública institucionalizada (Estado) e serviços assistenciais com atenção médica individual (iniciativa privada) ou a busca de conciliação entre um modelo de atenção clinicamente orientado e aquele vinculado ao trabalho programático em saúde.

Conseqüentemente, as bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 1997) contemplaram originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária, etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

De qualquer forma essa foi uma grande vitória, que coloca a Constituição brasileira entre as mais avançadas do mundo no campo do direito à saúde (RODRIGUEZ NETO, 1994).

A descentralização da gestão em saúde é o caminho para a plena implantação do SUS, e oferece as bases para montagem do SUS, com uma organização de serviços coerente com a realidade local. A descentralização representa um dos maiores desafios desse processo porque se coloca no sentido

inverso da história de centralismo da gestão pública brasileira e da ineficácia e ineficiência que caracterizam esse centralismo. A descentralização, representa, ainda, o desafio de reverter a prática habitual de gestão pública que ainda reserva aos municípios um papel subsidiário no conjunto das ações das três esferas de governo.

Como era de se esperar, a ausência de um grande pacto político social relativo ao desenho e montagem do SUS, redundou em resistências de toda ordem na fase de implementação. Em verdade, os formuladores da reforma teriam apostado na criação de conselhos de saúde em todos os níveis da Federação, onde os usuários teriam 50% da representação como condição necessária e suficiente para o avanço do SUS. Mas a realidade veio a demonstrar que a extremamente complexa tarefa de transformar a heterogeneidade de formas assistenciais e de conciliar interesses antagônicos em um todo orgânico era de envergadura bem maior que a imaginada.

Com a municipalização das ações da saúde vem ocorrendo de forma crescente desde da promulgação da Constituição Federal em 1988, em que foram definidas as bases do SUS, entre elas a descentralização.

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal, uma outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. Idealizado enquanto estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde, propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços. Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais

para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios.

Com a promulgação da nova Constituição, é oficializada a abertura da assistência saúde à iniciativa privada.

Os programas de Assistência Médico-Hospitalar Privados, incluindo o Seguro Saúde, aumenta significativamente a sua participação no modelo de assistência à saúde, notadamente durante a década de 80, sendo os mais comuns os de Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas.

Durante aquela década, devido a queda da qualidade e das condições de assistência à saúde no setor público, como consequência da crise econômica que diminuiu os recursos destinados ao setor e, por motivos estruturais, devido ao aumento da utilização do sistema pela população, tem início um processo de valorização do sistema privado, com a procura de modalidades alternativas.

As seguradoras, empresas de medicina de grupo e cooperativas percebem a formação desse mercado e iniciam investimentos crescentes na área, contribuindo para a proliferação das diversas formas de Seguro Saúde.

Enquanto resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CUNHA e CUNHA, 1998).

4.2 Os Governos Neoliberais a partir de 1992

A opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista.

A Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do estado.

No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello é implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de *reduzir o estado ao mínimo*. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991.

A NOB 01/91 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc - redefiniu toda a lógica de financiamento e,

conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje.

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que a regulamentaram o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas gestão para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semi-plena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros.

Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993.

Também em 1993, em decorrência dos péssimos resultados da política econômica especialmente no combate do processo inflacionário, da falta de uma base de apoio parlamentar, e de uma série de escândalos de corrupção, o Presidente Fernando Collor de Mello sofreu um processo de *impeachment*, envolvendo uma grande mobilização popular, especialmente estudantil, o que levou a perda do seu mandato presidencial, tendo assumido a presidência o então vice-presidente, Itamar Franco.

Em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, e alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou

que, à partir daquela data, os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seria destinado somente para custear a Previdência Social.

Apesar de estar descumprindo três leis federais que obrigavam a previdência a repassar os recursos financeiros para o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência, a partir daquela data, não mais transferiu recursos para a área da saúde, agravando a crise financeira do setor.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, mantendo e intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado a ideologia da globalização e da redução o do “tamanho do estado” .

A crise de financiamento do setor saúde se agrava, e o próprio ministro da Saúde (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e de que a “cobrança por fora” é um fato.

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde , o então Ministro da Saúde - Adib Jatene - propõe a criação da CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira). O ministro realizou um intenso *lobby* junto aos congressistas para a sua aprovação pelo congresso nacional, o que aconteceu em 1996, passando a imposto a vigorar à partir de 1997. É importante mencionar que o imposto teria uma duração definida de vigência que seria por um período de um ano, e que os recursos arrecadados somente poderiam ser aplicados na área de saúde.

No final de 1996, o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, o que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano.

Desde que começou a vigorar a CPMF, foram freqüentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro.

Em 1997, o governo Fernando Henrique Cardoso intensificou as privatizações de empresas estatais (a Companhia Vale do Rio Doce é privatizada) e colocou na agenda do Congresso Nacional a reforma previdenciária, administrativa e tributária na busca do chamado “estado mínimo”.

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva. A Santa Casa de Belo Horizonte faz o mesmo e lança o seu plano de saúde, o que implica numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS.

Os Hospitais Universitários, último reduto da assistência médica hospitalar de excelência a nível do SUS, também entram em crise.

Em 1997, os Hospitais Universitários do país “são forçados” a reduzir o número de atendimentos e induzidos pelo próprio governo à privatização, como solução para resolver a crise financeira do setor. O motivo da crise foi o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos.

As dívidas dos hospitais universitários ultrapassaram a quantia de 100 milhões de reais (abril/1997). Muitos deles operavam com a metade do número de funcionários necessários ao seu funcionamento.

Pode-se citar como um caso, o Hospital das Clínicas da UFMG, que vivenciou toda esta crise, apresentando naquela época o seguinte quadro: débitos com os fornecedores R\$ 9 milhões (maio/97); déficit de 487 funcionários; várias enfermarias foram fechadas, dos 432 leitos disponíveis somente 150 estavam sendo utilizados.

Em conseqüência desta crise, a Congregação da Faculdade de Medicina da UFMG tomou uma decisão inédita, suspendendo a continuidade do curso médico, em junho de 1997, em virtude da inviabilidade do processo de aprendizagem decorrente do não funcionamento do hospital-escola. Toda esta crise obrigou à direção do Hospital a buscar novas fontes de arrecadação, principalmente através de convênios com planos privados de saúde e com a prefeitura municipal de Belo Horizonte.

O governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere a consolidação da Municipalização. Esta NOB revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão, conforme pode ser visto no quadro a seguir.

GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DOS SISTEMA MUNICIPAL
Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.	Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência
Gerência da unidades ambulatoriais do estado e/ou da União	Gerência da unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União
Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS	Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS
Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao município	Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município
	Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares
Contratação , controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares
Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional	Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional
Autoriza AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados	Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados e de alto custo
Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia	Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia

Fonte:MS/ NOB/1996

É possível constatar as diferenças existentes nos dois modelos de gestão, sendo a gestão plena do sistema municipal o de maior abrangência, transferindo um número maior de responsabilidades para os municípios, especialmente no que se refere gestão direta do sistema hospitalar , não incluído no modelo de gestão plena da atenção básica.

Esta NOB visou reformular e aperfeiçoar a gestão do SUS, na medida em que redefine:

- os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e
- valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

É fundamental destacar que uma das alterações mais importante introduzidas pela NOB 96 refere-se à forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo *per capita* (PAB) e não mais vinculado a produção de serviços, o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população.

O PAB (Piso Assistencial Básico) consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional (atualmente) pela população de cada município (fornecida pelo IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios. Além disto, o município poderá receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde agregando valor ao PAB . As ações de saúde que fornecem incentivo são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF); Assistência Farmacêutica

básica; Programa de combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental.

O PSF, por exemplo, agrega os seguintes valores sobre o PAB:

- Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- Acréscimo de 5% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- Acréscimo de 7% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município;
- Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

No caso do PACS os incentivos financeiros são os seguintes:

- Acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- Acréscimo de 2% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- Acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município;
- Esses acréscimos têm, como limite, 30 % do valor do PAB original do município.

Importante afirmar que os percentuais não são cumulativos, quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Percebe-se claramente a intenção da NOB/96 de fortalecer a implantação do PSF e do PACS. Segundo o documento do próprio Ministério da Saúde¹ intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial:

(...) O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve

¹ Ministério da Saúde, 1998

a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social.

No congresso são aprovadas as reformas administrativas e da previdência.

Apesar de assumir todos os compromissos com a agenda econômica da globalização, o país sofre as conseqüências de ataques especulativos de investidores internacionais, que lucraram com as altas taxas de juros oferecidos pela política econômica do governo.

Tendo em vista a crise econômica vivida pelo Brasil e outros países “emergentes” o governo FHC aumenta ainda mais os juros para beneficiar os especuladores internacionais e propõe para o povo um ajuste fiscal prevendo a diminuição de verbas para o orçamento de 1999, inclusive na área de saúde. O corte previsto nesta área foi de cerca de R\$ 260 milhões.

A propósito desta redução o Ministro da Saúde, José Serra, divulgou um comunicado com o seguinte teor: “entre 1994 e 1998 o gasto com saúde, em relação ao PIB, caiu 12,4% . O total das outras despesas , no entanto, subiu 22,6% . Em valores constantes, as despesas da saúde aumentaram 17,9% enquanto as outras despesas do orçamento, em seu conjunto , cresceram 56,2%”, e a mesma nota do Ministério afirma sobre o CPMF que: “a arrecadação do CPMF cobrada a partir de 23 de janeiro de 1997 não beneficiou a Saúde. O que houve foi desvio de outras fontes, ou seja, a receita do CPMF foi destinada à saúde mas foram diminuídas as destinações à saúde decorrentes de contribuições sobre os lucros e do COFINS” (FOLHA DE SÃO PAULO, 6/11/98, p.4)

O governo FHC procura firmar um acordo com o FMI diante do agravamento da crise financeira, a qual se refletiu na diminuição da atividade produtiva do país e no número desempregados (7,4% segundo dados do IBGE em 11/98).

Em novembro de 1998 , o governo regulamentou a Lei 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano. Se por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas , por outro a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços , a saber:

- **Plano ambulatorial** - compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos, em nível ambulatorial, incluindo atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 horas;
- **Plano Hospitalar sem obstetrícia** - compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia entre outros, necessários durante o período de internação. Inclui também os atendimentos caracterizados como de urgência e 33 emergência que evoluírem para internação ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos ou funções;
- **Plano Hospitalar com obstetrícia** - acresce ao Plano Hospitalar sem obstetrícia, a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida;
- **Plano odontológico** - cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultórios;
- **Plano de referência** - representa a somatória dos quatro tipos de plano anteriores;

O plano básico que prevê unicamente o atendimento ambulatorial é o mais barato, acessível e o que oferece menos cobertura, por outro lado, o Referencial é o mais completo, mais caro e o que oferece todo o tipo de cobertura tanto no nível ambulatorial quanto hospitalar.

Estes fatos demonstram claramente que o compromisso da Medicina Supletiva é primordialmente com o ganho financeiro e com o lucro do capital , e não com a saúde dos cidadãos .Prova maior disto é afirmação das seguradoras de que

os planos deverão aumentar seus preços em até 20% para se adaptarem as novas regras.

No início de 1999, o país atravessa uma grave crise cambial provocada pelos efeitos da globalização e da política econômica do governo. Este procura responder mais uma vez com um novo acordo de empréstimo junto ao FMI, e no plano interno com umas novas políticas recessivas, ditadas pelo FMI, o que gera uma diminuição do PIB e um aumento ainda maior do desemprego no país.

No bojo do pacote recessivo propõe e aprova no congresso em março de 1999 o aumento da CPMF de 0,20 para 0,38 % , *aquele imposto criado para ser provisório e que deveria ser destinado unicamente para a saúde.*

Quadro de Evolução Histórica

Década de 60	Década de 70	Década de 80	Década de 90
IAP's	INPS	INAMPS	SUS
	MS	MIS	Medicina de Grupo
	Medicina de Grupo	Medicina de Grupo	Cooperativa Médica
	Cooperativa Médica	Cooperativa Médica	Seguro Saúde

Fonte:MS

Mesmo com a globalização e o neoliberalismo, este foi o período mais rico da reorganização do SUS, pois foram criadas a ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária e a ANS – Agencia nacional de Saúde, que cuida dos planos de saúde, os regula e fiscaliza, também foi criado o programa da saúde da família, programas de AIDS, que é um sucesso mundial, o controle da cólera e outras endemias.

A ANVISA é um dos modelos regulatórios do setor da saúde no Brasil, pois veio para colaborar na reorganização do SUS. Entretanto destaca-se essa abordagem da teoria regulatória que apresenta um conjunto de iniciativas

desenvolvidas no Brasil durante os anos 90, na formação de sistemas regulatórios de caráter nacional. Com relação as políticas de saúde, com o foco na política de regulação, entretanto este regula na forma de uma política governamental de caráter nacional que interage com agentes privados e públicos. O Governo Federal criou a ANVISA nos moldes utilizados para as agencias regulatórias de setores privatizados com característica de monopólio natural. O foco se dá no controle de uma ou mais industrias na expectativa de que o padrão atingido seja seguido pelas demais, reduzindo o custo da regulação.

Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Tendo como sua base legal a Lei 9.782/99, em que seu capítulo II no artigo 6º que fala da criação e da competência.

Art. 6º - A Agência terá como finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

A importância da criação da ANVISA é para o fortalecer a atividade regulatória. Registrou ainda que esse espaço de questionamento pode contribuir para rever o enfoque e as prioridades, para identificar as áreas que precisam ser fortalecidas e chama a atenção para a necessidade de revisão da legislação.

Quanto a ANS – Agencia Nacional de Saúde, trata dos planos de saúde quanto a regulação e a fiscalização. Antes da criação da ANS era da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP do Ministério da Fazenda quanto a responsabilidade de autorizar os reajustes dos planos de saúde. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar foi um marco importante para o mercado de saúde suplementar, na medida em que o Estado sinalizava, por um lado, que esta atividade estava submetida aos princípios constitucionais da ordem econômica,

da livre iniciativa e competição, por considerá-los instrumentos agregadores de eficiência a esse mercado, e, por outro, que tais atividades deveriam ser desenvolvidas de acordo com decisões e regulamentações editadas por um órgão estatal responsável por autorizar, regulamentar e fiscalizar o exercício dessas atividades, de modo a permitir que a competição se desse de forma saudável e em benefício da sociedade como um todo.

Essa função se mostrou e se mostra ainda mais complexa quando se tem presente que o setor a ser regulado não era um mercado a ser aberto à iniciativa privada, e sim um mercado já instalado, com todas as suas deficiências e distorções, cujo conhecimento sobre seus elementos constitutivos, inclusive, consistia tarefa a ser desenvolvida, ante a precariedade e inconsistência dos dados e informações disponíveis quando da implantação da Agência.

Com a criação da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar todos os assuntos atinentes aos Planos de Saúde, independente da forma da operadora passaram a ser fiscalizados por aquele órgão. Como o Mercado, principalmente dos planos individuais, ainda está muito desorganizado a fiscalização da parte técnica restringiu-se as aprovações das NTP's - Notas Técnicas de Produto e informações estatísticas periódicas, sem se preocupar muito com a questão das provisões técnicas. A Lei de criação da ANS Lei 9961/2000 - criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, sua receita, a vinculação ao Ministério da Saúde e a sua natureza.

A Lei foi alterada por Medidas Provisórias e aguarda consolidação pelo Congresso Nacional. Disponível na versão atual, com as alterações introduzidas por Medidas Provisórias já incorporadas.

Foi criado também o Programa da Saúde da Família – PSF, podendo apontar os principais momentos:

- **Década de 80** — Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS).
- **1991** — Criação oficial do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
- **1994** — Realização do estudo “Avaliação Qualitativa do PACS”; criação do programa Saúde da Família (PSF); primeiro documento oficial “ Programa Saúde da Família: dentro de casa”; e criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
- **1996** — Legalização da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) para definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.
- **1997** — Lançamento do REFORSUS, um projeto de financiamento para impulsionar a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família; publicação de um segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino; PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde; publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB) e da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
- **1998** — O PSF passa a ser considerada estratégia estruturante da organização do SUS; início da transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da família”; edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, que se serviu como importante respaldo organizacional para o PSF; definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
- **1999** — Realização do 1º Pacto da Atenção Básica e do segundo grande evento, “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família- construindo um novo modelo”; realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”; edição da Portaria nº 1.329, que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.
- **2000** — Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- **2001** — Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica; realização de um

terceiro evento, “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família”; apoio à entrega de medicamentos básicos às Equipe de Saúde da (ESF); incorporação das ações de saúde bucal ao PSF; realização da primeira fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.

- **2002** — Realização de um quarto evento: “PSF — A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros” e da segunda fase do estudo “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
- **2003** — Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf), cuja proposta inicial era a ampliação do Programa em municípios de grande porte, ou seja, com mais de 100 mil habitantes, e publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Todos os estados brasileiros, em maior ou menor proporção, já conhecem o novo modelo de assistência à saúde da população. Mais de 3,5 mil municípios brasileiros têm equipes atuantes de Programa de Saúde da Família (PSF). Ao todo, são 14.770 equipes com, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e dois a seis agentes de saúde. Cada equipe é responsável pela saúde de mil famílias. A nova ordem, com o modelo PSF, é a promoção da saúde e não mais o atendimento às pessoas doentes. Os frutos serão colhidos em breve.

Apenas em 1988, a Constituição Federal implementou a saúde como direito de todos. Antes, o atendimento à saúde era oferecido pelo Estado a quem tinha vínculo empregatício e carteira assinada. Outras pessoas tinham acesso à saúde, não como um direito, mas como um favor. Com a criação do Sistema Único da Saúde (SUS) surgem alguns princípios básicos de atendimento à saúde: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social. Todos os cidadãos, na teoria, passam a ter acesso à saúde. São criados os centros de atenção básica. Na ótica desse modelo, as pessoas buscam a unidade de saúde, que precisa dar conta da procura. Como não consegue atender toda a demanda, é criada a distribuição de senhas. Quem não recebe uma senha, tem que voltar outro dia.

O vínculo entre o cidadão e o poder público é difuso, e o modelo é de baixa responsabilidade (não há grande preocupação em se detectar onde existe problema, se é preciso melhorar a estrutura, capacitar ou mesmo substituir profissionais). O trabalho sobre demanda espontânea atende apenas quem vai ao centro de saúde. O modelo é pouco resolutivo.

Com o Programa de Saúde da Família, há uma lógica chamada propositiva e uma responsabilização e vínculo bem determinados. São criadas equipes que serão responsáveis, cada uma, por cerca de quatro mil pessoas.

Na prática, os agentes de saúde cadastram as famílias. Além de nome, idade, condições de moradia, escolaridade, profissão, identificam o histórico de saúde dos integrantes, apontando a existência de enfermidades, como tuberculose, hanseníase, malária, hipertensão, diabetes, desnutrição, entre outras. As consultas necessárias são marcadas pelo agente, que, muitas vezes, acompanha a pessoa até o centro de saúde. Também controla a medicação dos doentes crônicos, dão orientações sobre dengue, leptospirose, higiene básica e outros cuidados com a saúde.

A visita domiciliar de médicos, enfermeiros e auxiliares são realizadas somente em situações especiais identificadas pelos agentes, como idosos em situação de abandono, com dificuldade motora, acamados e com feridas.

O grande avanço ocorrido, este ano, foi a incorporação na equipe de PSF de um dentista e um técnico odontólogo. O Ministério da Saúde repassa aos municípios um piso fixo de R\$ 10,00 por pessoa atendida pelo PSF. Além disso, há também um piso variável, definido por faixas referentes ao percentual da população coberta pelo PSF. No ano passado, foram gastos pelo Ministério da Saúde R\$ 970 milhões e, para este ano, estão previstos investimentos de R\$ 1 bilhão e 100 milhões.

Desde 1994, alguns municípios decidiram implantar o Programa de Saúde da Família (PSF). Os pioneiros foram: Sobral (CE), Quixadá (CE), Camaragibe (PE) e Campina Grande (PA). O Ministério da Saúde não possui um ranking das cidades mais avançadas no PSF atualmente.

Em Quixadá, toda a estrutura de saúde mental funciona com auxílio dos 127 agentes de saúde. Francisca Denise Lucas da Silva é agente de saúde desde 1995, responsável por 285 famílias.

Em Belo Horizonte, com 2,2 milhões de habitantes, os 2.625 agentes de saúde cadastraram 1 milhão e 700 mil pessoas, ou cerca de 420 mil famílias. Capacitados em saúde da criança, da mulher e dengue, fizeram mais de um milhão de visitas domiciliares. "Em algumas cidades, foram implantadas as equipes de PSF, mas a lógica do modelo tradicional ainda é mantida", critica o consultor em saúde da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, Ivan Coelho. Em agosto, 150 equipes começarão o trabalho progressivamente até que todas as 504 já contratadas entrem em ação. Em Betim, município mineiro, que implantou o programa há mais de quatro anos, foram contabilizados a redução de 13% no número de consultas de urgência de 1999 a 2000 e mais 20% de 2000 a 2001.

A criação do Programa Nacional de AIDS (02.05.85) até 1990, sendo caracterizada a ação da esfera governamental com uma abordagem pragmática e mais técnica da epidemia. Nesse período, o setor de Saúde tentava envolver outros setores (por exemplo, o Ministério da Educação, do Trabalho e da Justiça) na questão do combate à AIDS (Teixeira, 1997). A intenção era de reunir esforços para o desenvolvimento de políticas nacionais na luta contra a doença. Pretendia-se alertar que a AIDS não deveria ser vista como um problema da área de Saúde, mas uma questão nacional.

A abordagem preventiva pode ser caracterizada como buscando a prevenção, através do repasse de informação, através de aulas teóricas, palestras e distribuições de panfletos informativos. Há, porém, uma diferença marcante entre esses dois períodos: enquanto no primeiro ainda não existia um corpo teórico sólido em relação aos conhecimentos da virologia e epidemiologia da AIDS, sendo atribuído a esse fato o fracasso desses programas, no segundo período, esse corpo teórico se apresenta muito desenvolvido e sólido. Entretanto, mesmo assim, esse tipo de programa preventivo ainda se mostrava sem sucesso. Na análise do psicólogo, apesar do pragmatismo desse período, as campanhas elaboradas até 1990 tiveram sempre uma intenção não-estigmatizante e solidária para com os afetados.

A terceira fase das respostas políticas à AIDS, segundo o mesmo analista, inicia-se em 1990, de forma contrária às expectativas nacionais, desestruturando o Programa Nacional, comprometendo, entre outras coisas, a própria vigilância sanitária, fragilizando as articulações com os estados, com as ONG's e outras instituições. Nesse período, é vinculada ao movimento uma campanha nacional sob o tema "Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar"; como afirma Teixeira (1997, p. 63), "retirava toda a esperança das pessoas infectadas e pretendia estimular atitudes e práticas seguras, entre os não-afetados, utilizando a ameaça: a AIDS mata".

Denunciando este período da história da prevenção no Brasil, do qual ainda sofremos resquícios, há o depoimento do Padre Júlio Lancellotti, da Casa Vida que acolhe crianças órfãs e infectadas: "as informações sobre a AIDS vinham às vezes muito pesadas, ou preconceituosas, ou distorcidas, ou marcadas pelo medo, principalmente marcadas pela morte. Tinha um carro parado aqui na porta, onde

estava escrito: 'Aids: essa porra mata!', e as crianças começaram a ler. Eu não vi nenhuma campanha publicitária que levasse em conta o pensamento infantil", disse, em entrevista exclusiva ao Boa Saúde. Apoiado no Ministério da Saúde, Marcelo afirma que esse tipo de informação não só fracassou em seu objetivo (que era diminuir a transmissão do HIV), como contribuiu negativamente para o fortalecimento de comportamentos preconceituosos em relação ao portador, aumentando também o medo e a angústia das pessoas em relação à AIDS. Foi ainda nessa época que, paradoxalmente, um grande avanço ocorreu: a distribuição gratuita de remédios para os portadores de HIV.

A quarta fase compreende desde 1992 até os dias atuais (1999), com a reorganização do Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde. Essa fase pode ser entendida como um processo no qual rivalidades e disputas foram deixadas de lado, a fim de intensificar e fortalecer a cooperação de todos que estão na luta contra a AIDS (PARKER, 1997). Inicia-se uma negociação do Programa Nacional com o Banco Mundial, a fim de desenvolver um projeto para a prevenção e controle da AIDS. O Programa Nacional passou a ser o principal financiador dos projetos desenvolvidos em todo país. No tocante às abordagens preventivas, afirma Marcelo, esse período apresenta três formas de trabalho: campanhas de redução de danos, campanhas que induzem ao uso do preservativo e campanhas que buscam, através da escolha pessoal e da responsabilidade social, a prevenção da AIDS.

Para o psicólogo, essa abordagem, por suas características e objetivos, exige profissionais altamente capacitados, um longo período de execução, culminando num alto custo financeiro. Por essa última razão, são poucas as instituições que conseguem desenvolver um projeto com essa abordagem. Ainda hoje, para Marcelo,

a base dos programas de prevenção a AIDS apresenta questões políticas, sendo visto como um problema quase exclusivamente da área de saúde.

Com o Programa de Controle da Cólera e outras endemias, convencionou-se no Brasil designar determinadas doenças, a maioria delas parasitárias ou transmitidas por vetor, como "endemia", "grandes endemias" ou "endemias rurais". Essas doenças foram e são, as malárias, a febre amarela, a esquistossomose, as leishmanioses, as filarioses, a peste, a doença de Chagas, além do tracoma, da boubá, do bócio endêmico e de algumas helmintíases intestinais, principalmente a ancilostomíase.

A lógica era o impacto dessas doenças em saúde pública. Ainda hoje, esta conceituação de "endemias" é adotada pelo Ministério da Saúde.

Essas doenças, predominantemente rurais, constituíram a preocupação central da saúde pública brasileira por quase um século, até que diversos fatores, notadamente a urbanização, desfizeram as razões de sua existência enquanto corpo homogêneo de preocupação. Neste artigo, procuramos analisar a evolução das políticas e estratégias de seu controle.

O conceito doenças infecciosas resulta do desenvolvimento da microbiologia como disciplina científica, no final do século XIX e início do século XX. Nesse período, graças ao desenvolvimento de uma nova tecnologia, uma enorme quantidade de agentes infecciosos e seus vetores, reservatórios e mecanismos de transmissão puderam ser identificados, permitindo a consolidação de uma nosologia que já vinha se estabelecendo desde o final do século XVIII.

Durante séculos, o controle das doenças infecciosas se fundamentava na medicina dos humores. Os fatores ambientais como os ventos, a chuva, emanações reais ou imaginárias, compunham um figurino de ação tipicamente hipocrático.

A saúde pública brasileira, antes da República, está repleta de medidas de intervenção ambiental, quase sempre nas cidades, ainda que a maioria da população fosse rural. A localização dos cemitérios e hospitais, a drenagem dos terrenos e a influência dos ventos e até de pessoas "nocivas", como mendigos, doentes mentais ou "leprosos" sempre constituiu um ponto central de preocupação.

A partir do final do século XIX, houve um salto de qualidade nas atividades de controle de endemias, decorrência do advento da microbiologia como ciência. Varíola, febre amarela e cólera foram as que mais sofreram a influência das novas idéias.

O início do século XX foi um suceder de estudos sobre a etiologia, ocorrência e outros aspectos de diferentes doenças endêmicas brasileiras, como os estudos de Gaspar Vianna sobre a leishmaniose cutânea, de Lutz sobre a blastomicose sul-americana e a descoberta da doença de Chagas em 1909. Este fervilhante movimento científico, concentrado no Rio de Janeiro e em São Paulo, se fez sentir sobre o controle das doenças. A febre amarela que vinha causando epidemias sucessivas no Rio de Janeiro desde 1849, determinou a mais emblemática das ações de controle de endemias na história do país.

Ao mesmo tempo em que a Comissão Reed estudava a transmissão da febre amarela, em Cuba, e concluía de maneira definitiva pela transmissão vetorial, Emílio Ribas, então buscando controlar a febre amarela nas cidades cafeeiras do estado de São Paulo, passou a empregar o controle do *Aedes aegypti* como estratégia única do controle da febre amarela, em São Simão. O sucesso obtido ainda no século XIX determinou a adoção da estratégia em outras cidades de São Paulo e, posteriormente, através de Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Em 1908, a febre

amarela urbana havia desaparecido de São Paulo e do Rio de Janeiro, ainda que permanecesse nas cidades costeiras do Norte e Nordeste.

Em 1899, a peste bubônica chegava aos portos brasileiros, causando epidemias em Santos e no Rio de Janeiro. Foi a peste bubônica, mais do que a febre amarela, o gatilho para o desencadeamento da resposta governamental às endemias e epidemias que acometiam as cidades brasileiras. A investigação conduzida por Vital Brasil em Santos foi exemplar, e estabeleceu as bases dos serviços de controle da peste. A peste foi eficientemente controlada, não chegando a causar grandes epidemias e não mais surgindo no meio urbano, ainda que tenha permanecido em focos silvestres e rurais, hoje silenciosos, no Nordeste e na Serra dos Órgãos no estado do Rio de Janeiro.

O impacto das endemias na primeira década do século XX se fazia sentir essencialmente nas cidades. Tanto foi que a malária, doença do sertão e de pequenas cidades, somente foi alvo de ações sistemáticas quando dificultava projetos de grande importância, como a modernização do porto de Santos, a construção de uma estrada de ferro no sertão mineiro e a construção da adutora de água para o Rio de Janeiro, em Cachoeiro do Macacu, na serra fluminense. País com um vasto, desconhecido e inexplorado sertão, o Brasil ainda era uma constelação linear de cidades ao longo da costa. Poucos anos antes, no final do século XIX, a recém-proclamada República havia se dado conta dos riscos decorrentes de ignorar o povo e a cultura desse sertão, quando do episódio de Canudos.

Talvez impulsionado por essa trágica experiência, o governo brasileiro determinou ao Instituto Oswaldo Cruz que realizasse uma série de expedições ao interior do país para conhecer a realidade sanitária nacional.

A mais memorável dessas expedições foi a de Artur Neiva e Belisário Penna, mas não podemos esquecer as de Oswaldo Cruz à Amazônia, incluída aí a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré então em construção; a de Lutz e Penna ao Nordeste e a de Lutz, Souza Araújo e Fonseca Filho ao sul do país, chegando à Argentina pelo Rio Paraná.

A febre amarela, a peste e a cólera constituíram os grandes desafios do final do século XIX em São Paulo; já a malária somente foi enfrentada de maneira sistemática e organizada a partir da década de 1930, quando se criou a Inspectoria de Prophylaxia do Paludismo, uma divisão do Serviço Sanitário.

Com o Programa da Assistência Farmacêutica Básica, o Sistema Único de Saúde SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis N.º 8080/90 e 8142/90, agrega todos os serviços públicos mantidos pelos governos municipais, estaduais e federal, bem como os serviços privados contratados e ou conveniados.

O conjunto dos serviços prestados pelo SUS objetiva a atenção integral à saúde. Portanto, sua estruturação deve ser articulada e organizada de forma a propiciar o melhor resultado com os recursos disponíveis.

Dentre os níveis de organização, a atenção básica compreende um conjunto de ações de alta cobertura populacional e de grande importância, executadas pelos serviços de saúde, que têm por características: atender os problemas de saúde mais comuns (maior prevalência) de dada população; promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo e da coletividade; atuar nos âmbitos ambulatorial e domiciliar.

Na organização da Atenção Básica destaca-se a importância do controle social que se concretiza com a participação da comunidade na política de saúde,

formulando estratégias, controlando e fiscalizando sua execução, através dos Conselhos de Saúde.

O bom exercício desse controle social, pelos conselheiros, exige o conhecimento das atividades desenvolvidas pelos gestores, na implementação da política de saúde.

Com esta finalidade, este documento vem mostrar o significado e importância do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

A Assistência Farmacêutica Básica compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da atenção básica à saúde.

O Incentivo objetiva possibilitar ao município a reorientação de sua assistência farmacêutica básica e a melhoria do acesso a população, a partir da garantia de aquisição dos medicamentos pactuados para a atenção básica a saúde.

O incentivo funciona amparado na portaria nº 176, estabelece que cada município deverá assinar um termo de adesão ao Plano Estadual de assistência Farmacêutica Básica. Este termo de adesão, assinado pelo prefeito e secretário municipal de saúde, deve conter os princípios do pacto estabelecido entre o estado e seus municípios.

A Política Nacional de Medicamentos, aprovada em 30 de outubro de 1998, pela portaria Ministerial numero 3.916, tem como propósito essencial a garantia da segurança, eficácia e qualidade do medicamento, além da promoção do uso racional e do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A reorientação da assistência farmacêutica, a relação dos medicamentos essenciais, o estímulo à produção de medicamentos genéricos e a regulamentação sanitária, são as principais diretrizes da política.

No Brasil o sistema de saúde é muito complexo, pois engloba tanto os estabelecimentos públicos com suas unidades de atenção básica, bem como uma rede privada de prestação de serviços sofisticada com centros hospitalares de alta complexidade cada vez mais importante no sistema de manutenção da saúde do brasileiro.

Baseando-se no contexto introdutório, a Assistência Farmacêutica Estadual executa a gestão de todo o processo de assistência farmacêutica, no âmbito da atenção primária (Município), atenção secundária e atenção terciária (Programa Alto custo).

Ao Núcleo de Assistência Farmacêutica para Alta Complexidade (*Alto Custo*) cabe a otimização no gerenciamento do medicamento de Alto Custo, desde a aquisição, armazenamento e dispensação para o paciente, controlando e conseguindo acabar com o problema das faltas de medicamentos, além da otimização e melhor controle no faturamento (APAC) dos medicamentos de Alto Custo, atingindo 100% no faturamento para posterior reembolso.

Quanto à Assistência Farmacêutica, é a maneira pela qual a Gestão em Assistência Farmacêutica vê a si própria no futuro, dentro do mercado e da comunidade. Organizar redes hierarquizadas de serviços na área farmacêutica, estabelecer mecanismos de fluxos de referência e contra-referências intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência farmacêutica e o acesso dos cidadãos aos medicamentos padronizados, proporcionando o uso racional dos mesmos, realizando a Atenção Farmacêutica, maximizando os recursos disponíveis na área farmacêutica de acordo com os princípios do SUS; objetivando sempre uma Gestão de Assistência Farmacêutica que exceda às expectativas dos clientes, servindo-os com qualidade, comprometendo-se com a pesquisa e a

educação fazendo das atividades de assistência Farmacêutica uma fonte de sucesso.

Missão - É a proposta que a Gestão em Assistência Farmacêutica se faz nas suas relações com o mercado, consigo mesma e com a comunidade onde atua.

Garantir o acesso da população a um conjunto de ações e serviços de assistência farmacêutica com qualidade em todos os níveis de assistências, o mais próximo possível da sua residência, realizando sempre a Atenção Farmacêutica, proporcionando o acesso e o uso racional de medicamentos.

Valores - São as afirmações culturais originadas nas crenças e que modelam as atitudes e comportamentos.

Responsabilidade, Respeito mútuo, Dedicção, Honestidade, Desenvolvimento profissional.

Assistência Farmacêutica	Farmácia Hospitalar	Alta complexidade	Municipal
melhorias imediatas	Padronizações de medicamentos (Interna e ambulatorial)	Fim do problema das faltas de medicamentos.	Organização, otimização e melhor interlocução com os 11 municípios
melhorias imediatas	Fim da falta de medicamentos	100% no faturamento (Apac)	Fim do problema das faltas de medicamentos
melhorias imediatas	Implementação da Dose Unitária, (economia 30%)	Otimização no gerenciamento do medicamento de Alto Custo, desde a aquisição, armazenamento e dispensação.	Iniciado o embrião (Proposta) para a implantação de Atenção Farmacêutica

Fonte: MS/SAS

Quanto ao piso de atenção básica e os repasses diretos fundo a fundo, trata-se da necessidade de implementar o Piso o da Atenção Básica.

O imperativo legal do controle social do SUS por parte dos Conselhos de Saúde assim como, pelo restante da sociedade, nos respectivos níveis de gestão e

a importância de se dar ampla divulgação ao montante de recursos destinados pelo governo federal para o financiamento dessas ações.

Há necessidade de simplificar o processo de controle e avaliação da gestão dos recursos públicos, sem prejuízo de sua eficiência e qualidade, a necessidade de agilizar os mecanismos de abertura de contas bancárias para os repasses dos recursos do Piso de Atenção Básica, entretanto a ampla cobertura é do Banco do Brasil no território nacional assim como a existência de contas bancárias de todos os municípios brasileiros nesse estabelecimento para o recebimento dos repasses relativos ao Fundo de Participação dos Municípios;

O Banco do Brasil será a única instituição financeira para a efetivação dos repasses dos recursos relativos às parcelas do PAB. Para cada Estado serão abertas duas contas sob titularidade do Fundo Estadual de Saúde ou Fundo de Saúde do Distrito Federal, de forma genérica assim identificadas. Os Municípios que já recebem repasses diretos ao Fundo Municipal de Saúde, por força de sua habilitação a condição de gestão simplificada da NOB SUS 93 passarão a receber seus repasses nas novas contas a partir de 1º de fevereiro de 1998.

5 O SISTEMA ATUAL DE SAÚDE NO BRASIL

Na redação deste capítulo tentamos, através de pesquisas bibliográficas, apontar toda a base legal do sistema de saúde brasileiro e sua inspiração em outros sistemas de saúde como também a sua interação com a seguridade social.

O Brasil, junto com o Canadá, Cuba e Costa Rica, são os únicos países do continente americano que possuem um sistema de comando único na saúde, isto é, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde estão em um só ente governamental. Destes países, o Brasil ainda enfrenta uma dicotomia entre os sistemas públicos e privados que prestam serviços de saúde, o que traz um tremendo desgaste aos gestores da saúde e uma confusão para a população.

O Sistema Único de Saúde – SUS, com 14 anos de efetiva existência é uma criação única brasileira, calcada em experiências de sistemas de saúde como o italiano, inglês e canadense, estes três últimos, em processos de implantação há mais de 30 anos. Por isso o SUS é um sistema em processo de implantação com tempo ainda muito curto para se fazer uma avaliação decisiva.

5.1 Base Legal do SUS e do Sistema de Saúde Brasileiro

A norma inspiradora da matéria é de matiz constitucional. Reza o art. 195 da Constituição Federal que: "a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais".

Criado pela Constituição de 1988 no capítulo VIII *da Ordem social* e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste artigo se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem uns sistemas únicos, organizados de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo.

Dos serviços assistenciais;

- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O SUS foi regulamentado também dois anos depois, pelas Leis no. 8080/90 e no. 8142/90.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Um passo significativo na direção do cumprimento desta definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde, foi a publicação do decreto nº 99.060, de sete de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Portanto, anterior à promulgação da Lei 8.080 que só ocorre em setembro do mesmo ano.

A Lei 8.080 institui o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e define o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Em relação à saúde, a Constituição e as leis federais 8.080/90 e 8.142/90 estabeleceram as diretrizes gerais para a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS), que responderia de forma mais adequada aos problemas de saúde do País. No período posterior à Constituição, a trajetória desse sistema foi difícil, principalmente com relação a seu financiamento (insuficiência de recursos e baixo grau de eficiência e eficácia na sua aplicação), mas também apresentando dificuldades de relacionamento entre as esferas de governo.

A partir da vigência da Constituição de 1988 deu-se a implantação de um sistema de saúde tendo como diretrizes básicas a descentralização, com comando único em cada esfera de governo. O atendimento integral, com ênfase na prevenção; e a participação popular, que se tornou a grande prioridade setorial. A regulamentação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS) só veio a ocorrer em 1990 (Leis nos 8.080/90 e 8.142/90). Entretanto, os avanços mais consistentes só começaram a aparecer a partir dos anos seguintes com a implementação das duas

Normas Operacionais Básicas (NOB/1/91 e NOB 1/93). Em 1996 um passo adicional importante foi dado nesse processo longo e descontínuo. Trata-se da edição da Norma Operacional Básica 1/96 que introduz mudanças significativas nos mecanismos de financiamento e nas formas de adesão dos governos sub-nacionais ao SUS.

No entendimento do brilhante jurista Ely Lopes Meirelles, "as municipalidades reúnem recursos financeiros, técnicos e administrativos que uma só prefeitura não teria para executar o empreendimento desejado e de utilidade geral para todos".

Como os municípios, de acordo com o Artigo 18 da Constituição de 1988, fazem parte da Federação, gozando da mesma autonomia conferida à União e aos estados, nada poderia impedi-los de celebrar um consórcio, ainda que a lei orgânica municipal seja omissa sobre isso.

No âmbito da saúde, a legislação específica do Sistema Único de Saúde - SUS - define que os consórcios intermunicipais podem integrar o Sistema. A Lei Orgânica da Saúde (Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990), ao dispor sobre a organização, direção e gestão do Sistema, trata dos consórcios municipais.

Assim é que em seu Artigo 10, essa Lei especifica: "os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhe correspondam". No parágrafo 1º desse mesmo Artigo, resguarda, no entanto, que "aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio de direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância". Já no seu Artigo 18, inciso III, expressa ainda a competência municipal para "formar consórcios administrativos intermunicipais".

A Lei Federal N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, explicita também a participação dos municípios em consórcios. Em seu Artigo 3º, parágrafo 3º, define que "os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos (...)"

A Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96, aprovada em novembro de 1996, mesmo não tratando especificamente de consórcio intermunicipal, define em seu objetivo as bases para a adoção deste instrumento: "promover o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes".

A idéia do consórcio é igualmente reforçada quando a NOB determina que a "totalidade das ações e serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada" que não precisam, obrigatoriamente, ser de propriedade da prefeitura respectiva, nem ter sede no território do município. Os estabelecimentos referidos podem estar situados em outro município, mas agregados mediante acordo que pode, perfeitamente, ser realizado por meio de um consórcio.

Essa articulação intermunicipal tem relação direta com o papel do gestor estadual, definido na NOB 96, que é, substancialmente, organizar o Sistema de Saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, a contra-referência e a regionalização. A mencionada competência tem visibilidade, principalmente, na Programação Pactuada e Integrada - PPI -, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite.

Por isso, ao decidirem-se pela formação de consórcio, os gestores municipais devem estabelecer a necessária articulação com o gestor estadual, de forma que as ações e serviços a serem consorciadas componham a PPI, o que não exclui, no

entanto, o pressuposto básico desta forma de atuação que é a preservação da autonomia de cada município. Essa autonomia, na prática, é traduzida na sua condição de gestor do sistema municipal de saúde, da qual são inerentes as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Com esse entendimento e no exercício dessas funções, o município está apto para lançar mão do consórcio como instrumento para a solução de problemas sanitários que, sozinho, não poderia resolver, e que são importantes para o alcance dos objetivos voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população.

Isto se constitui numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passa a contar com um Sistema Público de Saúde, único e universal.

Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 também introduziu modificações que repercutem na elaboração dos orçamentos da saúde nas três esferas federativas na obrigatoriedade da observância de percentuais vinculados à saúde, *in verbis*:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem uns sistemas únicos, organizados de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável pelo mesmo. Um dos fatores determinantes deste entendimento é, provavelmente, o papel do INAMPS no início do SUS.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinada aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União

As mudanças nos critérios e mecanismos de repasse dos recursos federais para as instâncias sub-nacionais de governo em 1991 foram formadas, em sua essência, pela cultura político-institucional e pelo instrumental técnico-operativo utilizado tradicionalmente pelo INAMPS. Por outro lado, a alteração do critério de transferência automática, proposto pela legislação infraconstitucional, para o critério de transferência negociada para os municípios, proposto pela NOB SUS 01/91 e demais portarias publicadas em 1991 e 1992, aparece como uma das tentativas da União em voltar a centralizar a receita tributária.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece em seu artigo 35 que 50% dos recursos destinados aos estados e municípios devem ser distribuídos segundo o quociente de sua divisão populacional, independentemente de qualquer procedimento prévio.

A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que os recursos federais, definidos segundo critério populacional, devem ser transferidos de forma automática e regular, desde que cada uma das esferas governamentais conte com um Fundo de Saúde (FES ou FMS), um Conselho de Saúde, um Plano Plurianual de Saúde, a contrapartida de recursos para a saúde no orçamento e uma comissão para elaborar um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o pessoal do setor.

Entretanto, ambas não conseguem definir concretamente o financiamento do SUS, nem quanto aos montantes e fontes de receita a serem destinadas ao setor, nem quanto aos critérios, mecanismos e fluxos financeiros intergovernamentais.

Com os argumentos da necessidade de se estabelecer formas de aumentar a efetividade dos recursos repassados e de criar mecanismos de controle e avaliação, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde ³/₄ SNAS/MS e o INAMPS, já vinculado ao Ministério da Saúde na ocasião, estabelecem critérios para o repasse de recursos federais do SUS para as instâncias sub-nacionais de governo, através da uniformização dos instrumentos dos sistemas de remuneração da produção dos serviços realizados nas unidades públicas e privadas, contratadas e conveniadas, sob gestão das esferas locais.

Os três principais aspectos das mudanças propostas nos atos normativos do nível federal foram (Médici, 1994)

- uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, incluindo os universitários e filantrópicos;
- a criação e ampliação de sistemas de informações informatizados e centralizados, que permitiriam acompanhar a produção e o

desempenho dos serviços de saúde das esferas estaduais e municipais, bem como auxiliar a implantação de mecanismos de controle e avaliação;

- a definição de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento e a indicação do rumo a ser tomado pelos sistemas de saúde locais.
- A intenção da proposta, do ponto de vista mais geral, era a de reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento.

Os critérios e instrumentos, utilizados para o repasse/transferência de recursos de custeio da rede de serviços, foram definidos para as áreas hospitalar e ambulatorial. Em relação aos recursos de investimento, os únicos previstos na NOB SUS 01/91 foram àqueles destinados ao reequipamento e ampliação das unidades assistenciais já existentes.

Embora a NOB SUS 01/91 se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal, foram, na época, tecidas várias críticas com relação ao seu formato centralizador, relacionado aos mecanismos de transferência convênias (o que foi, inclusive, objeto de ação judicial), ao repasse condicionado à produção⁸ e à própria legitimidade da regulamentação do sistema através de normas e portarias que colidiam com as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde.

Mesmo assim, muitos municípios aderiram a esta norma e à sua substituta (a NOB SUS 01/92), tendo assinado o convênio 1.074 municípios, até o final de 1993. Levcovitz (1997) ressalta a aceitação e adesão dos secretários municipais de saúde aos convênios, como expressão da sua insatisfação com o relacionamento privilegiado entre as Secretarias Estaduais de Saúde e o INAMPS no período SUDS e como forma de responder aos anseios urgentes de descentralização.

As mudanças estabelecidas com as portarias do MS e com a NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92 foram efetivadas entre fevereiro de 1991 e novembro de 1994. No

entanto, os únicos recursos federais repassados no período tiveram o caráter de remuneração dos prestadores públicos e privados, municipais e estaduais, tendo em vista o custeio dos serviços prestados na área assistencial, não entrando em vigor aqueles recursos cuja transferência era prevista diretamente aos gestores estaduais e municipais de saúde com um certo "automatismo" (transferência do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais), embora contendo condicionalidades (cumprimento de requisitos para a transferência de recursos e assinatura de convênios) previstas pelas normas.

A ruptura com o modelo anterior de transferência de recursos segundo o critério da Programação e Orçamentação Integradas (POI), utilizado no período de vigência do Sistema Unificado e Descentralizadas de Saúde (SUDS) - 1987 a 1989, não foi substituída por novos instrumentos de integração dos recursos públicos. Isso ocasionou a perda das funções de pactuação existentes nas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e ausência de negociação e integração das instâncias de governo na montagem de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, o que dificultou a absorção das novas funções gestoras requeridas pelo SUS, em nível municipal e, principalmente, no plano estadual.

A adoção de critérios de repasse dos recursos federais exclusivamente por remuneração da produção de serviços - em que pese os benefícios relacionados à criação de critérios explícitos na alocação de recursos federais, à padronização e uniformização dos pagamentos efetuados, à difusão de sistemas de informações que permitem um maior controle dos pagamentos, à avaliação e auditoria analítica dos serviços prestados, a maior racionalização dos gastos e à diminuição das irregularidades no aporte de recursos ³/₄ fere a autonomia gestora das instâncias de governo locais.

Os recursos assistenciais, ao serem "creditados" às unidades prestadoras, ambulatoriais e hospitalares, não podiam ser manejados diretamente pelos estados e municípios, limitando a capacidade de direcionamento do modelo assistencial a ser adotado nos diversos sistemas de saúde e a aplicação e adequação dos recursos repassados em relação às necessidades de serviços. Estados e municípios foram transformados em entidades produtoras de procedimentos de assistência médica, em pé de igualdade com as empresas privadas contratadas e conveniadas (CARVALHO et. al., 1993).

Os impactos dos mecanismos de transferência estipulados pela NOB SUS 01/91 para o modelo de assistência à saúde, destacando: a) o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva, cujo financiamento sequer é previsto; b) a tendência de a oferta de assistência médica privilegiar a produção, sem considerar adequadamente o perfil de necessidades de saúde da população; c) o estímulo a tal oferta sem qualquer articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou preocupação de evitar fraude; d) o predomínio da influência da capacidade previamente instalada na fixação dos tetos financeiros, favorecendo assim os estados e municípios em melhores condições econômicas.

Finalmente, podem ser destacados os efeitos negativos na relação estado/municípios. A lógica do repasse financeiro para o custeio das ações de saúde favorecia a relação direta entre o nível federal e os municípios, com pouco poder de intervenção do nível estadual na definição dos critérios utilizados. A mudança representou, para os estados, a perda da função articuladora e negociadora observada no período SUDS (LEVCOVITZ, 1997).

Além disso, os convênios de municipalização foram estabelecidos diretamente entre o MS/INAMPS e as prefeituras, sem a interferência estadual. A ausência da participação estadual para a elaboração dos convênios, associada ao intenso movimento de descentralização de unidades assistenciais do INAMPS, principalmente para as SMS, promovido pela SNAS/ MS/INAMPS, acabou induzindo à lógica de formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias à constituição do modelo sistêmico do SUS, isto é, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação. Ao mesmo tempo, os convênios representaram, para muitos municípios, a primeira aproximação real com as questões técnico-operacionais do SUS. Provavelmente, a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde tenha sido o principal avanço proporcionado pelas portarias do MS e pelas NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92. Assinale-se ainda que os secretários estaduais de saúde não foram capazes, técnica e politicamente, de promover uma articulação apropriada para propor outro modelo de relacionamento e financiamento.

A formulação da NOB SUS 01/93 foi marcada principalmente pelos seguintes aspectos e eventos associados à política de saúde no início da década de 1990: o avanço da municipalização propiciada pela NOB SUS 01/91 e expressivo envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde; as críticas e dificuldades no processo de descentralização da política de saúde; e, finalmente, o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992.

A conferência, cujo tema central foi "Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho", caracterizou-se, principalmente, por seu conteúdo

"municipalista", frente às discussões dos grandes temas macroeconômicos e macropolíticos na área da saúde.

O diagnóstico traçado na ocasião indicava que o processo de municipalização das ações e serviços de saúde ainda encontrava-se em fase incipiente, quer seja do ponto de vista dos mecanismos de transferência de recursos financeiros federais necessários para o custeio do sistema de saúde local, quer seja sob o aspecto do fortalecimento da capacidade gestora. Assim, os municípios, na maioria dos estados, vinham adquirindo funções de execução de ações e serviços de saúde sem a garantia dos instrumentos e recursos necessários às mesmas.

Com a perspectiva de fazer a "municipalização possível" face às limitações conjunturais, constituiu-se um Grupo Especial de Descentralização (GED), formado por distintas áreas e órgãos vinculados ao MS e por representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASEMS). O grupo, pautado nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, elaborou um documento - "Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" (Brasil, MS, GED, 1993) -, sistematizando os principais trabalhos desenvolvidos.

A NOB SUS 01/93 é a tradução operacional da última versão deste documento, tendo resultado de cerca de seis meses de debates envolvendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até ser implantada a partir da publicação da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 545, de 20 de maio de 1993.

Resumidamente, as novas estratégias de descentralização a serem implantadas deveriam, segundo Lucchese (1996):

- respeitar as diversidades locais-regionais brasileiras, tanto sob seus aspectos econômicos e sociais, como sob os aspectos relacionados às

diferentes capacidades e vontades de assunção das novas responsabilidades gerenciais e políticas pelas respectivas instâncias de governo;

- ser implementadas de forma progressiva, de modo a evitar rupturas bruscas que pudessem desestruturar práticas já existentes;
- reconhecer a importância das relações de parceria entre os gestores como base para a estruturação dos sistemas de saúde.

Na prática, a NOB SUS 01/93 reconhece a necessidade de uma estratégia de transição para um modelo de descentralização plena do sistema de saúde. Para isso, regulamenta e estipula condicionalidades à execução descentralizada do SUS, através da criação de níveis transacionais crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas. A ascensão aos níveis de gestão se dá de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada através do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos pela norma. A imagem objetiva final para o sistema de saúde expressa pela NOB permanece sendo a assunção plena das responsabilidades gestoras pelas instâncias sub-nacionais de governo.

Comparando-se os requisitos da NOB SUS 01/93 em relação àqueles determinados pela NOB SUS 01/91 para os convênios de municipalização, destacam-se as "condições técnicas para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços" e a omissão do valor da contrapartida orçamentária do Tesouro Municipal.

No que tange ao financiamento, os instrumentos estabelecidos para a remuneração das unidades prestadoras de serviços nos estados e municípios permaneceram os mesmos daqueles estabelecidos com as portarias do MS, NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92 e continuaram a informar as principais modalidades de

repasse/transferência de recursos do nível federal às instâncias sub-nacionais de governo.

Muito embora a principal inovação da NOB SUS 01/93 tenha sido implementar, de fato, os mecanismos de transferência "fundo a fundo" nos municípios em condição de gestão semiplena (como discutido mais adiante), os recursos assim transferidos também deviam, por princípio, respeitar o valor da produção apresentada nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e Hospitalares (SIH-SUS). Nesse sentido, mesmo a vigência do mecanismo de transferência "fundo a fundo" não rompe totalmente com a lógica do "pós-pagamento", que continua a ser utilizado como base para o cálculo dos recursos transferidos (através das fixações dos tetos financeiros e suas revisões periódicas com base em séries históricas de gastos) e como forma de monitoramento de sua utilização no custeio do conjunto de serviços de saúde dos municípios.

Contudo, é preciso enfatizar que os municípios que se habilitaram em condição de gestão semiplena tiveram, pelo menos de início, grande autonomia para a execução dos recursos federais transferidos, devido à ausência de controle dos gastos efetuados e informados nos sistemas de pagamento na maioria dos estados, diferentemente daqueles que, devido às prerrogativas da NOB SUS 01/93, mantiveram os mecanismos de repasse direto aos prestadores neles localizados.

Em que pesem as diversas alterações e novidades propostas pela NOB SUS 01/93, na prática, somente foi possível implementar a condição de gestão semiplena para os municípios. A conjuntura financeira setorial adversa não permitiu a disponibilização de recursos suficientes para regularizar o repasse do Fator de Apoio ao Município (FAM) e da Fração Assistencial Especializada (FAE), e não possibilitou

o repasse dos saldos financeiros previstos para as condições de gestão parcial e do teto financeiro global para os estados que assumiram a gestão semiplena.

Por outro lado, somente em novembro de 1994 foi possível iniciar as transferências via fundos de saúde para os municípios em gestão semiplena, pois as condições para a transferência automática de recursos federais só foram regulamentadas através do decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República. A perspectiva da transferência financeira automática para os municípios em gestão semiplena foi um fator motivador para as discussões que se travaram a partir de então, sobre os critérios a serem utilizados na definição dos valores a serem transferidos para os estados e principalmente, para estes municípios.

Os constrangimentos financeiros, evidenciados no período, não foram suficientes para inibir as iniciativas de habilitação conduzidas por estados e municípios. De acordo com estudo realizado por Heimann *et al.* (1998), em dezembro de 1994, apenas 24 municípios assumiram a gestão semiplena no país. Em 1996, esse número passou a 137 num universo de aproximadamente 5.000 municípios, incluindo as capitais de 11 estados, com uma cobertura de 16% da população do país e utilizando 23% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde destinada à assistência.

Quanto aos estados, o movimento em direção à habilitação não foi tão expressivo. Segundo Lucchese (1996), em dezembro de 1995, dos 27 estados, incluindo o Distrito Federal, apenas cinco haviam aderido à condição de gestão parcial e quatro à de gestão semiplena. Cabe lembrar que como os incentivos financeiros previstos tanto para gestão municipal incipiente e parcial (FAM e transferência de saldos), como para a habilitação estadual (FAE e transferência de

saldos) não foram implementados, não foram, portanto, assegurados os estímulos para viabilizar as novas responsabilidades gestoras destes modelos.

As propostas da NOB SUS 01/93, no que se referem às novas condições de gestão e transferência de recursos federais e à própria constituição das CIBs, tiveram importantes repercussões sobre o relacionamento entre as instâncias de governo federal, estadual e municipal.

Com relação aos dilemas e dificuldades para a descentralização do sistema de saúde e assunção de funções gestoras pelos municípios, a NOB SUS 01/93 representou um avanço significativo ao implementar, de fato, pela primeira vez na política de saúde, as transferências "fundo a fundo" dos recursos federais, como preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080, de 1990). Os municípios habilitados na condição de gestão semiplena passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais. A única exigência mantida era a vinculação do gasto do valor transferido com o custeio do conjunto dos serviços de saúde que compõem o sistema municipal, controle este nem sempre efetuado pelos estados, como já apontado anteriormente.

Além disso, foram responsabilizados pelo desembolso dos recursos totais do Fundo de Saúde, efetuando os créditos bancários devidos aos prestadores privados, filantrópicos e universitários do seu município, pelos serviços prestados e faturados através do SIA-SUS e SIH-SUS. Este mecanismo representou a ruptura com o fluxo direto de recursos do nível federal para cada unidade prestadora de serviços vigente até então.

A NOB SUS 01/93, portanto, radicalizou a relação direta entre o nível federal e o municipal com o modelo de gestão semiplena, pois não só rompeu com a

exigência do instrumento convenial para a transferência de recursos, como preconizado pelas NOBs SUS 01/91 e 01/92, como também honrou com a transferência automática dos recursos federais aos fundos municipais. O automatismo foi garantido após o cumprimento dos requisitos para habilitação na gestão semiplena, que tornaram-se garantias mínimas para o cumprimento das novas responsabilidades gestoras.

Por outro lado, com a criação das CIBs, a coordenação do processo de descentralização nos estados não se constitui como atribuição exclusiva da instância estadual, pois as CIBs garantem a participação da representação municipal, submetendo à negociação "bigestora" (estado e municípios) decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto de serviços de saúde.

Se na formulação original da NOB SUS 01/93, a CIB foi pensada, não como uma estrutura permanente, mas como uma instância estratégica no período de transição, enquanto estados e municípios não atingissem à condição de descentralização plena do sistema de saúde, a partir do seu surgimento, e com o seu progressivo fortalecimento nos estados, uma série de decisões de investimento e estruturação da rede de serviços de iniciativa federal e estadual passam a necessitar cada vez mais da apreciação e aprovação na CIB para serem implementadas. De tal forma que, hoje, praticamente todas as questões que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS e à estruturação e funcionamento do sistema de saúde propagado pelo nível federal e/ou estadual são discutidas na CIB.

Para os estados, portanto, a NOB SUS 01/93 teve um impacto diferente do que aquele observado para os municípios. Os estados, a partir da implantação da NOB SUS 01/93, assumiram gradativamente funções mais complexas no

gerenciamento dos sistemas de informações SIA-SUS e SIH-SUS, entre elas, a elaboração e a supervisão da programação físico-orçamentária dos serviços ambulatoriais e consolidação e crítica do faturamento ambulatorial e hospitalar a ser apresentado ao MS para pagamento.¹¹ Por estabelecer a CIB como instância deliberativa para a habilitação municipal, para a definição dos tetos financeiros globais dos municípios e, no caso dos municípios em gestão simplificada, para o montante dos recursos federais transferidos, a NOB dividiu de forma igualitária entre estados e municípios a responsabilidade sobre a aprovação dos critérios de distribuição dos recursos federais entre os municípios e sobre a definição dos municípios aptos para receberem a transferência automática, "fundo a fundo".

Assim, as CIBs puderam atuar fiscalizando e controlando o poder dos estados sobre determinações da política nacional que têm impacto direto na gestão do sistema municipal, estimulando um processo de formulação e decisão mais transparente e cooperativo. Por outro lado, aumentaram as exigências para a elaboração e comprovação de argumentos fortes por parte do estado, que pudessem ser utilizados como critérios de redistribuição dos recursos federais entre os municípios, já que os critérios técnicos de distribuição destes recursos são formulados fundamentalmente no âmbito da SES, pela própria natureza e complexidade do trabalho e julgados no âmbito da CIB.

Finalmente, é preciso considerar que a NOB SUS 01/93 apesar de redimensionar o poder de interferência dos estados na condução da política de saúde, não apontou para soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, nem definiu e garantiu os recursos e instrumentos necessários à sua implementação.

A questão da regionalização, envolvendo divergências quanto à sua configuração político-institucional e mesmo jurídica, no que diz respeito às posições e concepções referentes à relação estados e municípios, foi objeto de intensos conflitos entre CONASS e CONASEMS na implementação da NOB SUS 01/93.

A concepção da NOB essencialmente "municipalista" criou, segundo Levcovitz (1997), uma falsa e "radical oposição entre a redistribuição de funções entre esferas de governo, de natureza político-administrativa, e a estruturação funcional do sistema de serviços de saúde, de caráter operacional". Esta condição induziu a uma "complexificação" ainda maior da implementação do modelo sistêmico proposto no SUS.

O processo de negociação e formulação da NOB SUS 01/96 nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CIT até sua edição final através da portaria nº 2.202, de 5 de novembro de 1996, durou cerca de 12 meses. Esse longo processo de discussão, que envolveu vários segmentos da sociedade, além de várias oficinas de trabalho do CONASS e encontros do CONASEMS, buscou a elaboração de uma proposta consensual, que atendesse às necessidades dos diferentes níveis gestores do SUS, em prosseguimento aos compromissos e atividades desencadeados nos encontros macrorregionais do MS com as CIBs em 1995.

Os objetivos gerais da NOB SUS 01/96 podem ser assim resumidos:

- promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União;
- caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor seja na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;

- aumentar a participação percentual da transferência regular e automática ("fundo a fundo") dos recursos federais a municípios e implementar esta modalidade de transferência aos estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através das CITs e CIBs, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;
- estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela.

Para conferir viabilidade aos objetivos da NOB SUS 01/96 foram previstas uma série de medidas, entre elas:

- A elaboração de uma proposta de Planejamento e Programação Pactuada entre gestores e Integrada (PPI) entre as instâncias de governo que traduza as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, garantindo o acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor.
- O aprimoramento da organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria, através da integração das ações dos municípios com as dos estados e MS e da atualização permanente dos Bancos de Dados Nacionais.
- O aumento de a transferência regular e automática ("fundo a fundo") dos recursos federais através da criação de novos mecanismos e incentivos financeiros a serem distribuídos segundo critérios de capacitação e organização da assistência à saúde nos estados e municípios (novas condições de gestão).
- A promoção e reorganização do modelo de atenção à saúde, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através da criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta pelos programas e da incorporação dos procedimentos relacionados aos programas no custeio federal da atenção básica.

A partir da NOB SUS 01/96 são criados para os estados duas condições de gestão: avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual. Para os municípios, as condições de gestão estabelecidas foram: plena da atenção básica e plena do sistema municipal. Para cada uma dessas condições de gestão foram

previstas modalidades de repasse/transferência de recursos federais, divididas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, as ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças.

A NOB SUS 01/96 foi publicada em novembro de 1996 e sua implementação efetiva só teve início em 1998. No entanto, de 1997 a 1998, o MS publicou uma série de portarias com o objetivo de estabelecer as alterações, as medidas e os parâmetros necessários à sua operacionalização. Essas portarias acabaram por alterar significativamente o conteúdo original da NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos. Pode-se dizer que a NOB SUS 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial.

Além disso, durante o período de sua vigência efetiva - 1998 a 2000 - diversas outras portarias também influenciaram o processo de descentralização, ao estabelecerem outras regras com efeitos sobre a descentralização / financiamento / relação entre gestores. As novas regras e as principais alterações introduzidas pelas portarias do MS, vigentes até o final de 2000, podem ser sintetizadas como abaixo.

- Modificação do conceito original do PAB: deixa de ser Piso Assistencial Básico e passa a se chamar Piso da Atenção Básica, ampliando a abrangência de sua cobertura. O PAB é depositado em conta específica mesmo para aqueles municípios em condição plena do sistema municipal ou antiga semiplena (NOB SUS 01/93).
- Subdivisão do PAB em uma parte fixa e uma parte variável. Os municípios habilitados na NOB SUS 01/96 passam a receber mensalmente, "fundo a fundo", um duodécimo do valor de PAB fixo estipulado na faixa de R\$10,00 a R\$18,00 *per capita*/ano. A parte variável do PAB, também transferida diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) dos municípios habilitados, está condicionada ao cumprimento de requisitos específicos avaliados nas CIBs, segundo especificações em portarias do MS. Os incentivos são destinados às seguintes ações e programas: PACS, PSF, Programa de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica.
- Criação de mecanismos de financiamento específicos para o custeio das ações de vigilância sanitária e ações de vigilância epidemiológica

e ambiental, transferidos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), vinculadas a normas específicas do MS e à contrapartida de recursos próprios estaduais e municipais, negociadas e aprovadas nas CIBs.

- Criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação $\frac{3}{4}$ FAEC $\frac{1}{4}$ para financiamento de ações e programas específicos do MS, assim como de algumas ações de alta complexidade (medicamentos excepcionais, transplantes e radioterapia).

Os repasses e transferências de recursos previstos na NOB SUS 01/96 é implementados até o final de 2000 para estados e municípios.

O Sistema Único de Saúde – SUS deve ser descentralizado, como expressamente prevê a Constituição Federal.

A Descentralização não significa outra coisa senão “a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais.” (JÚNIOR, J. Cretella. Comentários à Constituição – 1988. v. VIII. 1ª ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1993. pág. 4.346)

Nada obstante sua descentralização, o sistema é um só, podendo ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.”, dispõe o artigo 4º, caput, da Lei nº 8.080/90. Com a descentralização pretende-se que os pacientes sejam tratados no local mesmo em que vivem. É dizer: nos seus municípios. A idéia, portanto, é evitar que as pessoas façam grandes deslocamentos no afã de realizarem tratamentos de saúde. O interesse local, portanto, há de prevalecer na concretização da descentralização. Aliás, o artigo 30, VII da Constituição reza que ao município compete “prestar, com a cooperação

técnica e financeira da União e do Estado, serviço de atendimento à saúde da população.”

Não é, portanto, sem razão que a NOAS 1/2001 dispõe que o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à assistência à saúde, deverá ser elaborado - pela Secretaria de Estado da Saúde - na perspectiva de garantir “o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços”.

A Norma Operacional Básica – NOB 1/96 facultava ao município habilitar-se em um dos seguintes tipos básicos de gestão: a) gestão plena de atenção básica, b) gestão plena do sistema municipal.

Para se habilitar em um ou outro desses tipos de gestão tinha o município de atender a certos requisitos e assumir certas responsabilidades. A habilitação num desses tipos de gestão proporcionava ao município o gozo de certas prerrogativas, dentre as quais destaca-se a assunção da gestão da saúde no seu território - com todas as implicações políticas daí advindas - e a transferência automática de recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal.

Dispõe a NOB 1/96, que os municípios que “não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao Estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado”. Vê-se, assim, que, na perspectiva da citada NOB, o município não era compelido a aderir ao sistema. Contudo, se não o fizesse, não gozaria das prerrogativas especificadas e perderia a gestão da saúde no seu território, fato este grave do ponto de vista político.

A Portaria MS nº 95, de 26/01/2001, instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS nº 01/2001. Esta, já na sua introdução, reconhece que: “Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total de municípios do país”.

Seguindo a linha da concretização da descentralização, a NOAS preconiza o aprofundamento desse processo, ampliando-se a regionalização do sistema. Prevê-se a implementação de um Plano Diretor de Regionalização, a ser elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Cria-se a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, sendo que várias outras estratégias mínimas de atuação são acrescentadas como condição de habilitação nesse tipo gestão. Definem-se as Microregiões e um conjunto de procedimentos de média complexidade como referência intermunicipal.

Observe-se que a NOAS 1/2001 estabelece dois tipos de gestão para habilitação dos municípios, a saber : a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e, b) Gestão Plena Municipal.

Para ambas, há também a previsão de requisitos para a habilitação, bem assim de responsabilidades e prerrogativas. Da mesma forma que na NOB 1/96, o município não habilitado em uma das gestões previstas terá a administração da saúde no seu território transferida para a esfera do gestor estadual. E, uma vez mais, também não há nenhum dispositivo que compila o município a aderir ao sistema, habilitando-se num dos tipos previstos de gestão e, dessa forma, contribuindo para a ampliação da descentralização.

Ao fim e ao cabo, pode-se concluir que a implantação efetiva do SUS com a conseqüente concretização da descentralização preconizada na Constituição Federal está à mercê da vontade política dos governantes, já que se trata de

decisão a ser tomada no nível político e, pois, de cunho discricionário, já que entre nós impera o sistema federativo.

Face à autonomia reconhecida aos entes federados (daí decorrendo a inexistência de hierarquia e, pois, de subordinação entre eles), particularmente aos municípios, não se apresenta viável nem legítimos sejam eles compelidos a se habilitarem num dos tipos de gestão proporcionados pelo SUS, já que qualquer determinação nesse sentido não se afiguraria constitucional e, portanto, careceria de legitimidade.

Assim, reconhecendo-se que se manter à margem do SUS representaria, na verdade, um retrocesso para o município - já que ele restaria alijado do processo de administração daquele que configura um dos interesses mais básicos dos munícipes - o único processo que se vislumbra viável para ser empregado na busca da efetivação da descentralização do SUS seria o de convencimento das autoridades municipais.

Contudo, à vista da consideração de que a discricionariedade não é absoluta, mas algo regrada, recusando-se o gestor municipal a prestar serviços de saúde que, em tese, seriam da competência desse nível de governo, tanto o cidadão quanto o Ministério Público poderia valer-se de medidas judiciais - pontuais - a fim de que o município seja compelido a assumir as responsabilidades que a Constituição Federal lhe outorgou na seara da saúde pública.

A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as

Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.

Durante este percurso, em algumas unidades da federação foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram.

Ainda como resultado do processo de elaboração da NOAS-SUS 01/02 e com o objetivo de facilitar sua utilização, este documento incorporou definições da

regulamentação complementar relacionadas aos temas que foram objeto do acordo, que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos, tais como:

- Cartilha: “Sistema Único de Saúde - SUS - Princípios e Conquistas”, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Coordenação-Geral de Planejamento, dezembro de 2000.
- Cartilha: “Sistema Único de Saúde - SUS - Descentralização”, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/Coordenação-Geral de Planejamento, dezembro de 2000.
- Cartilha: “Plano Plurianual - PPA - 2000/2003. Estruturação do PPA: Visão do Planejamento Setorial da Saúde”, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/Coordenação-Geral de Planejamento, outubro de 2000.
- Constituição Federal de 1988:
- Lei 8.080, de 19.9.1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei 8.142, de 28.12.1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Portaria/MP n.º 42, de 14.4.2001 - Atualiza a discriminação da despesa por função de que tratam o inciso I, do § 1º, do art. 2º, e § 2º, do art. 8º, ambos da Lei 4.320, de 17 de março de 1964; estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais e dá outras providências.
- Portaria/MS n.º 2.203/GM, de 6.11.1996 - Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS/1996.
- Portaria/MS n.º 95/GM, de 26.01.2001 - Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001.
- Portaria/MS n.º 393/GM, de 29.3.2001 - Aprova a Agenda Nacional de Saúde para o ano de 2001 e estabelece os eixos prioritários de intervenção para 2001.
- Portaria/MS n.º 483/GM, de 6.4.2001 - Estabelece os objetivos e diretrizes gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência e dá outras providências.
- Portaria/MS n.º 548/GM, de 12.4.2001 - Aprova o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”.

- Portaria/MS n.º 976/GM, de 4.7.2001 - Prorroga o prazo para que os estados publiquem suas respectivas Agendas de Saúde e para que estes enviem à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI).
- Instrução Normativa GM/MS n.º 01, de 9.4.2001 - Regulamenta os conteúdos, os instrumentos, e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal, em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001.
- Instrução Normativa GM/MS n.º 02, de 6.4.2001 - Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constantes da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001.

Enfim, cabe destacar que esta NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

5.2 A Dicotomia Pública e Privada Existente no Sistema de Saúde

Identificar o delineamento de uma política de saúde no Brasil, organizada em dois setores, o de saúde pública o de medicina previdenciária. Iniciou-se com isso a dicotomia no interior do setor da saúde. A saúde pública era de responsabilidade do Estado, cabendo a ele as medidas coletivas, particularmente as de controle das endemias.

As classes assalariadas urbanas, até então assistidas pela filantropia, passaram a ter serviços de atenção médica individual, prestados pelas CAP's, que, por sua vez, ofertavam serviços médicos comprados do setor privado através de credenciamento médico. A assistência médica individual ficava sob a

responsabilidade do seguro social, financiada com recursos das contribuições e garantida somente aos trabalhadores formais do mercado (COHN, 1999).

O ápice do modelo desenvolvimentista, na segunda metade da década de 50, marcou o início do processo de aprofundamento da dicotomia entre a atenção médica curativa e as ações preventivas coletivas, acompanhado da dicotomia entre os serviços públicos e privado de saúde. Da década de 50 em diante e em especial a partir de 1967, surgiram sinais evidentes da tendência à privatização e a mercantilização da prática médica, o que deu início a uma nova etapa do setor saúde brasileiro (MENDES, 1991).

O crescimento da atenção médica previdenciária e o esvaziamento das ações campanhistas acabaram por conformar o modelo médico-assistencial privatista. A implementação desse modelo deu-se por políticas públicas deliberadas que estimularam a privatização da atenção médica através da compra de serviços da rede privada sob forma de contratos de serviços de terceiros (MENDES, 1993).

Essa separação sedimentou-se até a década de 70, numa clara divisão de atividades e clientela. A influência americana na área da saúde refletiu-se na construção de grandes hospitais e equipamentos, concentrando o atendimento de toda uma região, em detrimento da rede de postos de saúde cujos custos são bem menores. Surgem as primeiras empresas médicas de grupo. No entanto, o capital investido é, basicamente, público.

Em 1975 com a Lei 6229 foi instituídos no papel os Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de

competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde vinculando as ações coletivas ao segundo e a assistência médica individual ao primeiro.

Entretanto, avança o Sistema de Saúde em relação àquela política pública que funciona na base do Sistema Único de Saúde, porque não reproduz o modelo dicotômico do Estado liberal.

Pela fragilidade do setor público, houve a necessidade de um misto entre o setor privado e o setor público. A atenção à saúde, no Brasil, é realizada através da combinação de dois sistemas: o público, de acesso universal, e o denominado sistema de assistência suplementar à saúde, privado. O sistema público envolve prestadores públicos e privados. Partes expressivas dos prestadores privados atendem simultaneamente ao sistema público e ao sistema supletivo. Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, podem ainda ser remunerados por desembolso direto dos pacientes. Para 76% da população, o atendimento é realizado exclusivamente pelo sistema público, e parte importante da população coberta pelo sistema supletivo também utiliza a rede pública, particularmente para procedimentos mais complexos e de maior custo. A contratação de serviços ao setor privado, e o pagamento direto dos prestadores é responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais, conforme o grau de autonomia que obtêm ao habilitarem-se às diferentes condições de gestão descentralizada do sistema. Na contratação de prestadores privados pelo sistema público, devem ser priorizadas as instituições filantrópicas sem fins lucrativos.

No âmbito da reforma do Estado implementado pelo Governo Brasileiro na década dos noventa, foi legalmente instituída a figura da “organização da sociedade civil de interesse público” (Lei nº 9790, de 23 de março de 1999), para o

estabelecimento de termos de parceria com o Poder Público, no fomento e execução de atividades de interesse público, desde que seus objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos pela referida lei.

O sistema de atenção médica supletiva respondia em 1998, no país, pelo atendimento a cerca de 38,7 milhões de pessoas, segurados e seus dependentes, o que representava cerca de 24 % da população. A maior parte dos segurados vincula-se aos planos através das empresas onde trabalham, e esse segmento está fortemente concentrado na região Sudeste, que abriga 60% da população segurada existente no país, principalmente nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, áreas mais industrializadas e economicamente desenvolvidas do país, onde é mais presente a formalização das relações de trabalho. Dados da ANS apontavam que em dezembro de 2004 o número de beneficiários do sistema supletivo privado era de 33,7 milhões, cerca de 19% da população. Destes, 47% mantinham contratos anteriores à Lei 9656/98, que regulamentou a ação de planos e seguros de saúde.

A Pesquisa Assistência Médica Sanitária (AMS), do IBGE, registrou a existência de 53.825 estabelecimentos de atenção à saúde no país em 2002 (excluídos os destinados a apoio diagnóstico e terapêutico). Destes, 13,7% eram estabelecimentos com internação, onde a presença do setor privado é relevante: 65% dos hospitais são privados. Em contrapartida, 76% dos estabelecimentos sem internação são públicos. Revela também importante mudança no perfil da rede: em 1980, havia 67% de estabelecimentos sem internação; em 2002 esse percentual passa a 86%.

A Rede Ambulatorial do SUS é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência

estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.

No ano de 2001 foram realizadas aproximadamente 250 milhões de consultas, sendo 165 milhões em atenção básica (consultas de pré-natal, puericultura, etc.) e 85 milhões de consultas especializadas. Nesse mesmo ano foram realizados 200 milhões de exames laboratoriais, seis milhões de exames ultrassonográficos, 79 milhões de atendimentos de alta complexidade, tais como: tomografias, exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de hemodiálise, de quimioterapia e radioterapia. São 6.493 hospitais, públicos, filantrópicos e privados, com um total de 487.058 leitos, onde são realizadas em média pouco mais de 1 milhão de internações por mês, perfazendo um total de 12,5 milhões de internações por ano.

As internações realizadas vão da menor complexidade, tais como internações de crianças com diarreia, até as mais complexas, como a realização de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras que envolvem alta tecnologia e custo. Esta área, organizada num Sistema implantado em 1990, denominado Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), constitui-se na maior casuística hospitalar existente no mundo paga por um mesmo financiador. Para exemplificar, foram realizadas no ano 2000 2,4 milhões de partos, 72 mil cirurgias cardíacas, 420 mil internações psiquiátricas, 90 mil atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência emergência, 7.234 transplantes de órgãos, sendo que 2.549 de rim, 385 de fígado e 104 de coração.

São despendidas, pelo MS recursos da ordem de R\$ 10,5 bilhões por ano para custeio dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e hospitalares, além de R\$ 3 bilhões para a Atenção Básica.

Em 1995, o SUS realizou 13,2 milhões de internações hospitalares e, em 2001, 12,2 milhões, uma redução de 7,9%. Os gastos, mesmo com a redução ocorrida no período, passaram de R\$ 3,5 bilhões em 1995 para R\$ 5,1 bilhões em 2001, um crescimento de 43,1%. (Fonte: MS)

No entanto, vale ressaltar que a redução no número de internações não ocorreu em todas as Regiões. Enquanto no Sudeste ocorreu uma redução de 14,8% (mais de 800 mil internações por ano), no Centro-Oeste ocorreu um crescimento de 8,2% e no Norte um crescimento de 7,4%. Este crescimento decorreu, muito provavelmente, de ampliação do acesso aos serviços hospitalares, como resultado do aumento significativo de recursos federais alocados nos estados dessas regiões nos últimos anos.(Fonte:MS).

A redução da frequência de internações hospitalares nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste têm motivos diversos. De um modo geral, a evolução da medicina tem levado a que muitos procedimentos que requeriam a internação do paciente passassem a ser realizados em regime ambulatorial. No Nordeste, especificamente, a redução se deve, provavelmente, aos avanços obtidos com a Atenção Básica, em particular com a presença de um grande número de Agentes Comunitários de Saúde, e dos investimentos realizados em saneamento básico.

O SUS teve que usar fortemente o setor privado para cumprir os ditames da Constituição Federal e os médicos eram pagos por produção, muitas vezes em contas separadas dos hospitais em que trabalham, bem como os serviços de diagnósticos e terapias dentro dos mesmos hospitais.

5.3 O SUS

Para assegurar as condições de exercício desse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde — SUS, sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo e regulamentado dois anos depois pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90), e atribuiu caráter de relevância pública às ações e serviços de saúde, assegurando ao Estado o poder de regulação sobre os mesmos.

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Brasil, 1988).

No início da década dos noventa, a expansão dos gastos com benefícios da previdência social provocou restrições orçamentárias à área da saúde, no âmbito do Orçamento da Seguridade Social, produzindo aguda crise de financiamento, que agravou ainda mais as condições da oferta de ações e serviços de saúde à população e comprometeu fortemente o processo de descentralização.

Ao longo da primeira metade da década dos noventa, o sistema público enfrentou forte oscilação na evolução dos montante e permanente irregularidade dos fluxos financeiros disponibilizados pela esfera federal, com a execução orçamentária condicionada a interesses do ajuste econômico, uma vez que o texto constitucional não especificava as parcelas da arrecadação das contribuições sociais destinadas a cada área da seguridade social, deixando para a lei de diretrizes orçamentárias essa atribuição. Nesse contexto, as esferas de governo subnacionais, particularmente os municípios, foram obrigadas a assumir, gradualmente, papel de maior relevância no financiamento do sistema.

O Sistema Único de Saúde – SUS é um modelo de ação social integrada e descentralizada de matiz constitucional como visto anteriormente. O seu perfil, como sejam os seus princípios e seus objetivos, é traçado pela Lei Fundamental no artigo 194 na ampla compreensão que dá ao direito de seguridade social no título da Ordem Social. Seu conceito é obtido na legislação ordinária como sendo "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, Lei 8.080/90, art. 4º).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. (Ministério da Saúde, 1998)

É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988. O SUS não é sucessor do INAMPS e nem tampouco do SUDS. O SUS é o novo sistema de saúde que está em construção.

O SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público.

Depois, é único, isto é, tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional, e é organizado de acordo com a mesma sistemática.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- **Universalidade** - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- **Equidade** -- Deve ser racional. Ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população, e não como é hoje, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos de saúde; ou há um aparelho altamente sofisticado, mas não há médico geral, só o especialista. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações, de acordo com o que elas precisam e não com o que alguém decide 'lá em cima'. Isso inclui a decisão sobre a necessidade de se contratar ou não serviços privados; e quando se decide pela contratação, que o contrato seja feito nesse nível, para cumprir funções bem definidas e sob controle direto da instituição pública contratante. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local. É a isso que se chama Distrito Sanitário.
- **Integralidade** - Deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento, devendo atuar de maneira integral, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.

Destes, derivaram alguns princípios organizativos:

- **Hierarquização** - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência, Devendo ser eficaz e eficiente. Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para tanto precisa ter qualidade. Mas não basta: é necessário que utilize as técnicas mais adequadas, de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível. Isso implica necessidades não só de equipamentos adequados e pessoal qualificado e comprometido com o serviço e a população, como a adoção de técnicas modernas de administração dos serviços de saúde.
- **Participação Popular** - Deve ser democrática, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema - dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Esse direito implica a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de

decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Embora a democracia possa ser exercida através de vereadores, deputados e outras autoridades eleitas, é necessário também que ela seja assegurada em cada momento de decisão sobre as questões que afetam diretamente e imediatamente a todos. Por isso, a idéia e a estratégia de organização dos Conselhos de Saúde - nacional, estaduais e municipais, para exercerem esse controle social sobre o SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária: participação igual entre usuários e os demais; além de ter poder de decisão (não ser apenas consultivo).

- **Descentralização Política Administrativa** - Deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais; e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.

O SUS, no entanto, não pode ser implantado da noite para o dia, pois as mudanças que ele propõe são muitas e complexas; assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma, o SUS, como parte da Reforma Sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação. (Rodriguez Neto, 1994)

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formular as políticas de saúde;
- Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Executar ações visando a saúde do trabalhador;
- Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;

- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- Controle e fiscalização de serviços , produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Fiscalização e a inspeção de alimentos , água e bebidas para consumo humano;
- Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessário uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

Atualmente, o SUS, Sistema Único de Saúde, área do Ministério da Saúde, conta com aproximadamente 6.300 hospitais. Destes, mais de 500 são de alta complexidade e especialização. No total são cerca de 500.000 leitos que representaram, em 1.994, aproximadamente 15 milhões de internações, com gasto médio por internação variando por região, como segue: Região Norte US \$ 200,00; Região Nordeste US \$ 230,00; Região Centro Oeste US \$ 302,00; Região Sudeste US \$ 323,00 e Região Sul US \$ 347,00 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social.

A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados.

Este artigo foi substancialmente modificado com a edição das NOBs que regulamentaram a aplicação desta lei.

O Ministério da Saúde é responsável pela normalização e coordenação das ações, bem como pela liberação dos recursos para pagamento da rede hospitalar privada que mantém convênio com o SUS.

As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela coordenação das ações dos respectivos Estados e os Municípios pela execução das atividades de assistência médica preventiva e curativa, em sua área territorial.

NOB é a abreviatura de Norma Operacional Básica, que trata da edição de normas operacionais para o **funcionamento** e **operacionalização** do SUS de competência do Ministério da Saúde.

Com o avanço do processo de descentralização, em 1995 iniciaram-se negociações para o estabelecimento de novas regras, que envolviam redefinição de papéis das esferas subnacionais e mudanças nos mecanismos de repasse de recursos. Esse processo resultou na edição da Norma Operacional SUS 01/96 (NOB SUS 96), que introduziu novas condições de gestão para estados e municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde); instituiu a Programação Pactuada e Integrada — PPI, como instrumento para articular a ação intergovernamental e reorganizar a gestão do sistema; determinou mudanças nos mecanismos de repasse de recursos, criando o Piso de Atenção Básica — PAB e incentivos a ações e programas: o Incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família — Pacs/PSF, a Fração Assistencial Especializada, o Piso Básico de Vigilância Sanitária. Também foram previstos por esse instrumento o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, o Índice de Valorização de Resultados e o Índice de Valorização do

Impacto em Vigilância Sanitária. Tendo sido editadas até hoje: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96. Novas mudanças foram introduzidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS 01/2001, e pela NOAS 01/2002, que conferiram forte ênfase à necessidade de implementar regras para a regionalização do sistema e para a organização da atenção de média e alta complexidade.

Definida a responsabilidade municipal universal na oferta de ações básicas de saúde e a instituição dos mecanismos de financiamento das mesmas — o PABA e incentivos —, a Norma Operacional da Assistência 01/2001 - NOAS 01/2001 deu especial ênfase à regulamentação das condições de oferta de ações de média e alta complexidade, através de Plano de Regionalização da Assistência, que integra o Plano Estadual de Saúde e deve conter, no mínimo, informações sobre: a organização do território estadual em regiões e microrregiões de saúde; a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião, e um plano diretor de investimentos. A proposta de regionalização deve assegurar a inserção e o papel de todos os municípios nas microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência, bem como as atribuições do nível estadual. No texto introdutório da NOAS, o MS destaca que “além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de

alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.”

O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento.

Independentes da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde, foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil.

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Apesar da Constituição Federal estabelecer, em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", não existem recursos suficientes para viabilizar esse preceito. Nos últimos anos, a rede pública de hospitais federais, estaduais e municipais vem sendo submetida a um processo de deterioração acelerada por motivos diversos, entre eles: escassos recursos orçamentários para custeio das operações e novos investimentos; desmotivação do pessoal; falta de medicamentos e materiais e ao aumento da demanda devido à expansão da população urbana e do atendimento aos contingentes rurais antes desassistidos.

Neste cenário é que se insere o papel dos Planos Privados de Saúde e Seguro Saúde, atuando de forma a contribuir para a desoneração do Estado, com o compromisso de atendimento eficiente a seus associados e segurados.

A Constituição Federal de 1988 promoveu a reorganização do padrão de financiamento do Estado, redefiniu regras do pacto federativo brasileiro no que tange a responsabilidades das esferas de governo na provisão de serviços e bens públicos e estabeleceu a redistribuição da receita pública entre os entes federados. Houve uma forte redução da centralização tributária: a participação da União no “bolo” tributário foi reduzida pela redistribuição da competência de arrecadação e pela ampliação da participação das instâncias subnacionais em receitas arrecadadas pela União. A maior beneficiária desse processo foi a esfera municipal, cuja receita disponível passou de 10,8% do total da receita pública, em 1988, para 16,9%, em 2000.

Brasil Evolução da Receita Tributária por nível de governo - 1960 - 2000

	Central	Estadual	Municipal	Total	Central	Estadual	Municipal	Total
Arrecadação Direta								
1960	11,1	5,5	0,8	17,4	64	31,3	4,8	100
1980	18,5	5,4	0,7	24,6	75,1	22	2,9	100
1988	15,8	6,0	0,7	22,4	70,5	26,5	2,9	100
2000	22,6	9,1	1,7	33,4	67,7	27,2	5,1	100
Receita Disponível								
1960	10,4	5,9	1,1	17,4	59,4	34	6,6	100
1980	17	5,5	2,1	24,6	69,2	22,2	8,6	100
1988	14	6	2,4	22,4	62,3	26,9	10,8	100
2000*	19,1	8,6	5,6	33,4	57,3	25,9	16,9	100

Fonte: BNDES - Secretaria de Assuntos Fiscais - Informe-se nº 28 - Junho 2001

* Estimativa Preliminar

No que tange ao financiamento, do SUS, a norma inspiradora da matéria é de matiz constitucional. Reza o art. 195 da Constituição Federal que "a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da

lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais".

A EC 29/2000 também introduziu modificações que repercutem na elaboração dos orçamentos da saúde nas três esferas federativas na obrigatoriedade da observância de percentuais vinculados à saúde, in verbis:

"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem uns sistemas únicos, organizados de acordo com as seguintes diretrizes":

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União."

Há de se levar em conta após a referida emenda constitucional que o orçamento da seguridade social conta na área de saúde com receita vinculada de impostos, além de contribuição social específica no nível federal (CPMF).

No caso dos Estados-membros e Distrito Federal comporá o orçamento nacional da saúde 11% da receita do imposto sobre transmissão causa mortis, do ICMS e do IPVA, assim como suas participações na distribuição da receita do IRPJ pago à União pelos seus órgãos, do FPE e do IPI (Art. 77, II do ADCT). Quanto aos Municípios 15% dos valores recebidos de sua receita originária e transferidos. Já a União assumiu um critério mais financeiro-atuarial, acrescentando em 5% o montante de sua contribuição em 1999 ao orçamento da saúde para 2000, e de 2001 a 2004 essa quantia corrigida pela variação nominal do PIB.

A LOS prevê a somatória de outras fontes ao orçamento da saúde como aquelas provenientes de doações, alienações patrimoniais, taxas e emolumentos na área de saúde e serviços que possam ser prestados, contanto que não interfiram na área-fim do SUS (art.32).

É de ressaltar que a Lei adverte que as ações de saneamento básico executadas supletivamente pelo SUS serão financiadas com recursos do Sistema Financeiro de Habitação, precipuamente (art. 32, §3º da LOS), assim como o fomento à pesquisa poderão ser co-financiadas por Universidades e Instituições de fomento, além das próprias unidades executoras.

Como já dito anteriormente a organização dos serviços e ações de saúde em forma de Sistema único já era mandamento de índole constitucional, de maneira que a LOS surge para integrar a eficácia da previsão.

Sobre o alcance da vinculação dos *serviços públicos* em todas as esferas federativas ao SUS afirmam categoricamente CARVALHO e SANTOS (1995):

Com o comando único em cada esfera de governo e a determinação legal de que esse comando será exercido nos Estados pela Secretaria de Saúde, todos os serviços de saúde nos Estados e Municípios terão, obrigatoriamente, de ficar

subordinados à normatividade do SUS. A LOS não deixou espaço para o que ERNANI BRAGA uma vez denominou 'feudalismo institucional'.

Desse modo, os serviços de saúde, ainda que não estejam formalmente subordinados ou vinculados às Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, como os hospitais penitenciários (geralmente subordinados às Secretarias de Justiça ou de Segurança), os hospitais das Forças Armadas e os hospitais universitários, integram o SUS e, constitucionalmente e legalmente, não de submeter-se à direção única do SUS, no tocante à política de saúde."

De ressaltar que a participação dos hospitais universitários no plano do SUS far-se-á mediante convênio (art.45 da LOS), e não automaticamente como a princípio de depreende do texto do art. 4º da Lei em comento.

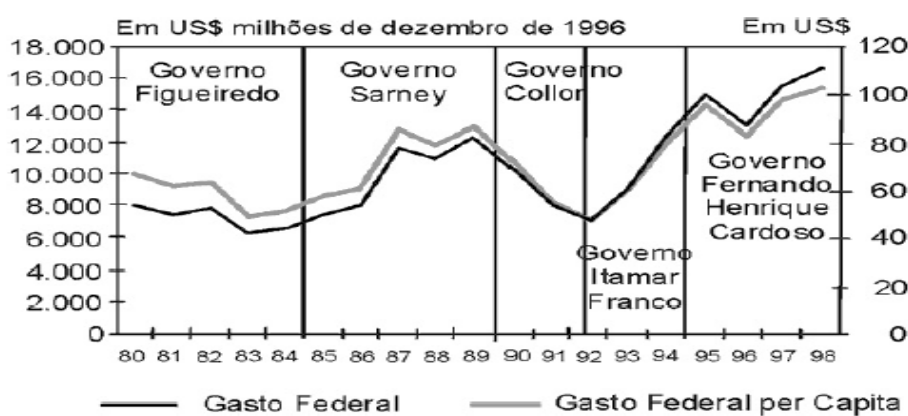
Quanto aos objetivos do SUS é notável a ampliação que a LOS confere aos oito incisos do art.200 da CF/88, que nela transforma-se em vinte e um. Todas as finalidades aqui traçadas, a bem da verdade, encontram respaldo constitucional, pois não fogem aos assuntos referentes à vigilância sanitária, à saúde do trabalhador, ao saneamento básico, ao controle e fiscalização de serviços e produtos e recursos humanos. Quanto aos princípios e diretrizes já forma tratados no princípio desse trabalho.

Para finalizar essa parte cabe a referência ao art. 8º que encomenda a direção do SUS para cada esfera federativa, no plano federal ao Ministério da Saúde, nos Estados às Secretarias Estaduais e nos Municípios às Secretarias Municipais. Menção obrigatória merece também a previsão do consórcio entre os Municípios facultado pelo art. 10 da LOS.

Quanto ao financiamento e gasto do SUS, a implementação do SUS enfrenta obstáculos complexos, o que vem determinando a polarização de posições no

debate político institucional em torno da questão da suficiência ou insuficiência de recursos para sustentar uma política eficaz de intervenção. Foram modificadas as fontes de financiamento. Apesar das flutuações e da turbulência financeira que o setor atravessava, aponta o gráfico que retrata 18 anos de evolução do gasto federal com a saúde e sua expressão per capita, nota-se a partir de 1993 uma tendência de crescimento contínuo.

GRÁFICO 1
Evolução do Gasto Federal com Saúde e do Gasto per Capita com Saúde
Brasil – 1980-98



Fonte: Médici, 1999.

Contabilizando, em 1995, o gasto realizado nas três esferas, chega a um gasto total de quase 25 bilhões de dólares, um aumento significativo quando comparado aos cerca de 14 bilhões de dólares alcançados em 1989.

Estudo detalhado realizado por Biasoto et al. (1998) sobre o gasto público em saúde no Brasil em 1995 chega às seguintes conclusões: “Nos últimos anos, as discussões em torno das questões do gasto público em saúde no Brasil têm se concentrado no financiamento. O cenário de incerteza, quanto às fontes de recursos, que se repete a cada ano, vem impedindo um exame mais detalhado da qualidade das ações de governo, contribuindo para o empobrecimento do debate. A análise,

em caráter preliminar, das características do financiamento e do dispêndio governamental com a função, no Brasil, permite reunir as seguintes conclusões”:

- O patamar do gasto no Brasil já é bastante elevado, da ordem de 3,5% do PIB. O gasto por habitante/ano, de R\$ 146 em 1995, já alcança o volume considerado padrão por especialistas do setor.
- Gasto de Estados e municípios já supera o da União. A aplicação de recursos próprios/não vinculados aos repasses do Ministério da Saúde, da ordem de R\$ 10,4 bilhões anuais, é uma demonstração inequívoca do comprometimento de prefeitos e governadores com as ações de saúde.
- As aplicações são tipicamente de custeio. As despesas de “Pessoal”, adicionadas a “Outras Correntes” concentram cerca de 82% do orçamento nacional, ou R\$ 21 bilhões. Os gastos em investimento são, ao contrário, muito baixos. Do valor total investido em 1995, de R\$ 446 milhões, cerca de 72% se concentra nos municípios, que vêm ampliando sua responsabilidade com a gestão da função saúde.
- Quanto aos programas de trabalho, destaca-se a rubrica “Assistência Médica e Sanitária”, na qual se registram os gastos na operação do sistema, com R\$ 18,3 bilhões ou 74% do total. Estados e municípios praticamente não participam das ações de prevenção, concentradas na União.
- Do valor total transferido pelo SUS em 1995, destaca-se a participação dos prestadores privados conveniados, que já equivale ao somatório dos repasses às unidades próprias de Estados e municípios. A rede privada predomina em quase todo o país, salvo em alguns Estados da Região Norte, onde a baixa renda e a densidade populacional ainda não garantem retorno para a atividade privada.
- As transferências do SUS têm um caráter regressivo, função dos critérios de repasse baseados na produção de serviços. As unidades mais pobres do Norte e do Nordeste recebem menos recursos por habitante do que o Sul/ Sudeste, onde a base econômica garante maior capacidade de geração de recursos fiscais próprios.
- As aplicações de Estados e municípios atingem cerca de 15% de sua receita disponível, mas em termos *per capita* existe uma profunda disparidade entre regiões pobres e ricas. O gasto sub-nacional por habitante é de R\$ 106 no Sul/Sudeste contra apenas R\$ 60 no Norte/Nordeste.
- É indiscutível o avanço da municipalização no país. Entretanto, ela vem ocorrendo de forma desigual, graças às disparidades de renda entre os municípios e também ao esquema de transferências do SUS, que não apresenta qualquer função de redistribuir recursos às unidades mais pobres. Cerca de 79% do gasto municipal em saúde e saneamento se concentra no Sul/Sudeste, onde reside, 57% da população.

- Em termos médios, os municípios das regiões mais desenvolvidas respondem por quase dois terços dos gastos subnacionais em saúde e saneamento, contra apenas 40% no Norte/Nordeste/Centro-Oeste. Destaca-se o avanço da municipalização nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul.
- Quanto ao gasto estadual, há grande variância até mesmo entre Estados da mesma região. Os governos estaduais financiam a maior parte dos gastos nos Estados do Acre, Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí, Sergipe e Bahia.
- A divisão das despesas por categoria econômica e programa de trabalho, pelos governos estaduais das várias unidades da federação, tende a concentrar-se no custeio em geral e na assistência médica, respectivamente. Entretanto, os dados apontaram algumas distorções nas aplicações administrativas, especialmente nas unidades do Norte, Centro-Oeste e no Rio de Janeiro. Os investimentos apresentaram patamar bastante baixo, como era de se esperar, diante da crise dos Estados e do avanço da municipalização”.

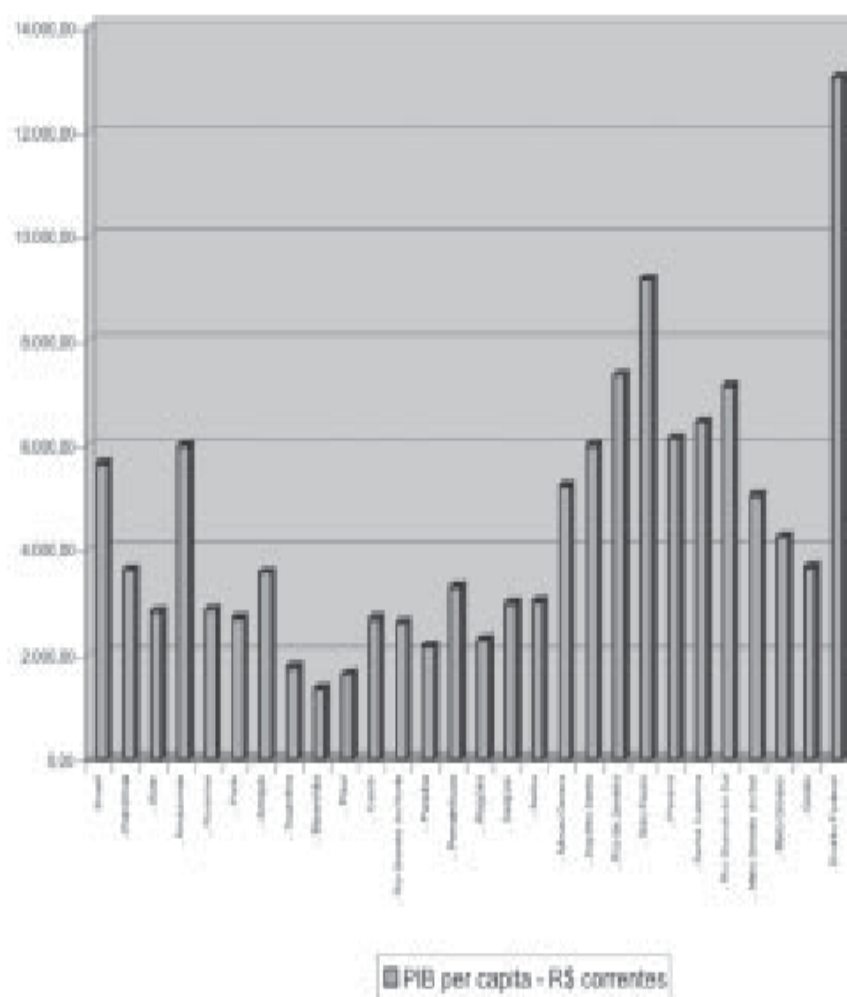
O IPEA/SEPLAN, na sua avaliação dos “Gastos Sociais das três esferas de governo, 1995” (FERNANDES et al., 1998), também chegou a resultados bastante similares ainda que com uma metodologia distinta de consolidação das informações.

Em 1998, o gasto federal já caíra para 60% do gasto público, distribuindo-se a parcela restante igualmente entre estados e municípios, que respondiam, em cada esfera, por 20% do gasto público. Em 2001, estimativas do Siops indicavam que o percentual do gasto federal correspondia a 56%.



A falta de equidade na alocação do gasto público, fica ainda mais evidente quando se compara o dispêndio setorial *per capita* em saúde de cada uma das três instâncias de governo nas regiões brasileiras. Sabe-se que o gasto público é muito desigual entre as diferentes regiões e Estados, mas não é tão evidente, e as desigualdades se devem mais às diferenças nos aportes dos Estados e municípios: o dispêndio público total *per capita* varia entre R\$ 153,10 no Sudeste e R\$ 85,90 no Nordeste, ou seja, uma diferença de R\$ 67,20, enquanto a variação do aporte federal para estas regiões é de apenas R\$ 21,60.

Brasil: PIB *per capita* segundo UF 1998



Tal informação, ao demonstrar que a maior parte da desigualdade é explicada pelas diferenças nos aportes de recursos próprios de Estados e municípios acentuam ainda mais o papel estratégico que a União terá de assumir para introduzir mecanismos de incentivo ao correto ordenamento da oferta de serviços para melhorar as condições de acesso.

Isso porque, por maior que seja o esforço redistributivo isolado da União, será mantidos um certo grau de desigualdade na alocação de recursos públicos para a saúde, parte em decorrência das diferentes capacidades de arrecadação dos Estados e municípios das diferentes regiões brasileiras, e parte pela falta de incentivos para que as esferas subnacionais, autonomamente, alterem suas prioridades de inversão.

A necessidade desse papel de coordenação e de indução do MS fica mais clara quando se tomam as estimativas do gasto total no setor. As estimativas disponíveis, incluindo-se o gasto privado no segmento supletivo e no de desembolso direto, indicam cifras expressivas. Utilizando-se a estimativa apresentada por Médici (1999) a partir de estudo de Mendes (1998) para os gastos privados, que contém informações relativamente compatíveis com as anteriores, chega-se a 7% do PIB com atenção à saúde e a um gasto *per capita* de US\$ 321,5 aproximadamente.

Conseqüentemente, trata-se de um esforço de inversão bastante significativo, ainda que mal direcionado, no que diz respeito ao *mix* público/privado e gerenciado a partir de processos de hierarquização, regionalização e ordenamento da oferta de serviços com muitas brechas e falhas, proporcionando um esforço pouco efetivo. A correlação desse gasto com indicadores de resultado em saúde mostra que nossa situação sanitária e assistencial não é compatível com o esforço realizado na alocação de recursos.

**Gasto Público per Capita em Saúde, por Instância
de Governo, segundo Região
Brasil – 1995**

Em R\$1,00 corrente

Região	União	Estados	Municípios	Total
Total	87,9	28,8	22,9	139,6
Norte	61,0	29,7	4,7	95,5
Nordeste	56,2	17,5	12,3	85,9
Sudeste	78,8	39,0	35,3	153,1
Sul	77,4	10,7	24,2	112,3
Centro-Oeste	80,8	52,6	4,8	138,1

Fonte: Fundação IBGE/DECNA. Elaboração: Ipea/Dipos. In: NEPP (1999).

Nota: A média nacional é mais alta que as médias regionais por conter recursos não regionalizáveis.

As estimativas mais recentes disponíveis sobre o gasto total com saúde no Brasil referem-se ao ano de 1998 e foram realizadas pelo IPEA com base em diferentes fontes de informação. Para o gasto público utilizou-se informação originária do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde — Siops. O gasto das famílias foi estimado com base em informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD, do IBGE, e para o gasto com planos e seguros de saúde recorreu-se aos dados de faturamento das empresas do setor. Essas estimativas indicam que o gasto total foi, nesse ano, de R\$72 bilhões. O gasto privado representava quase dois terços desse total, correspondendo a 4,6% do PIB e com forte participação do gasto das famílias (*out of pocket*), responsável por 60% do gasto privado. A participação do gasto público era de 41,2% , correspondente a 3,3% do PIB e resultando em um gasto público *per capita* de R\$183,00.

Estudo com base nas informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares — POF, realizado por Silveira et al (IPEA, 2001) identificou os montantes e as alterações ocorridas na participação dos gastos com assistência à saúde no orçamento global das famílias residentes em áreas metropolitanas, entre 1987 e 1996, para todos os estratos de renda.

A análise revelou o crescimento dos valores gastos e o maior peso dos mesmos no orçamento familiar, que passaram a ser, em 1996, o quarto principal item de despesa na média das classes de renda familiar, superados apenas pelos gastos com alimentação, habitação e transporte. Para famílias com renda de até 2 salários mínimos, os gastos em saúde subiram da quinta para a terceira posição entre os itens de despesa familiar, no período.

Brasil: Percentual da despesa média mensal familiar com Assistência à Saúde no Desembolso Global das famílias. Total das áreas, POF - 1987/88 e 1995/96

Classes de recebimento mensal familiar (s. m.)	1987	1996	Variação Percentual
Média	5,31	6,50	22,41
Até 2	6,30	9,59	52,22
Mais de 2 a 3	5,45	7,29	33,76
Mais de 3 a 5	5,21	6,65	27,64
Mais de 5 a 6	4,61	6,54	41,87
Mais de 6 a 8	5,07	6,57	29,59
Mais de 8 a 10	5,67	7,04	24,16
Mais de 10 a 15	5,36	6,84	27,61
Mais de 15 a 20	5,80	7,55	30,17
Mais de 30	5,04	5,80	15,08

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares *apud* Silveira et al (2001)

Houve um importante crescimento na participação dos gastos com seguro e planos de saúde e, em contrapartida, uma queda nos dispêndios com exames, hospitalização, profissionais de saúde e produtos oftalmológicos. Foi observada, também, uma relativa estabilidade na parcela dos gastos com medicamentos, que permaneceram como o item mais relevante de despesa com saúde, refletindo a debilidade da assistência farmacêutica ofertada pelo sistema público de atenção ambulatorial.

Esse comportamento parece expressar a mudança ocorrida, no período, na configuração do sistema de saúde no país, com a expansão do sistema privado supletivo nas áreas de maior dinamismo econômico.

Brasil: Composição Percentual do Gasto Médio Mensal com Assistência à Saúde das famílias
Total das áreas metropolitanas, POF - 1987/88 e 1995/96

Tipo de Gasto	% 1988	% 1996
Tratamento e produtos dentários	20,09	16,74
Exames	4,23	1,75
Hospitalização	3,63	2,41
Material Médico	0,55	0,53
Tratamento e produtos oftalmológicos	5,45	2,74
Outros produtos farmacêuticos	-	0,10
Outros	3,33	8,37
Produtos de Puericultura	-	0,13
Profissionais de Saúde	17,00	7,98
Remédios	33,79	30,22
Seguro Saúde	11,92	29,02
Total	100	100

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares *apud* Silveira et al. (2001)

Mais especificadamente o gasto público com a saúde na década dos noventa, sendo a maior parcela se destinando com a à previdência social, cuja participação, no período, oscilou entre 42% e 47% do gasto social federal e significou mais de 65% do Orçamento da Seguridade Social. Em valores *per capita*, o gasto social passou de R\$732,00 em 1993 para R\$1.033,00 em 1998, caindo em 2001 para R\$1.002,00. O gasto com saúde representava, em 1993, 15,7% do total do gasto social federal e sua participação caiu, em 2001, para 13,8%.

Brasil: Composição do Gasto Social Federal (%) - 1993 - 2001

Área de atuação	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Saúde	15,69	16,20	17,54	14,66	15,66	13,19	13,92	13,88	13,82
Alimentação e Nutrição	0,60	0,93	0,56	0,95	0,75	0,91	0,89	0,85	0,77
Previdência Social	46,90	42,39	44,00	45,81	44,33	47,01	46,88	45,81	44,74
Assistência Social	3,29	1,33	1,29	1,31	1,95	2,03	2,73	2,97	3,39
Benefícios a Servidores*	17,72	21,66	21,36	21,35	20,17	20,04	20,63	19,18	19,82
Subtotal	84,20	82,51	84,74	84,07	82,86	83,19	85,06	82,69	82,55
Demais áreas de política social**	15,80	17,49	15,26	15,93	17,14	16,81	14,94	17,31	17,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
GASTO SOCIAL - Valor Total***	113.038	122.873	144.461	148.075	165.918	171.238	168.101	171.178	172.549

Fonte: IPEA/DISOC

*- Inclui Encargos Previdenciários da União

** Inclui gastos federais com Educação e Cultura, Saneamento e Meio Ambiente, Emprego e Defesa do Trabalhador, Treinamento de RH, Habitação e Urbanismo, Ciência e Tecnologia e Organização Agrária

*** Valor em R\$ milhões

A crise do financiamento do sistema previdenciário, em 1993, repercutiu diretamente sobre a disponibilidade de recursos para a saúde. Nesse ano, o gasto federal com saúde foi de R\$17,7 bilhões. Nos dois exercícios seguintes, apresenta recuperação, ultrapassando R\$25 bilhões em 1995, mas passa a apresentar oscilações nos anos subseqüentes: R\$21,7 bilhões em 1996, R\$26,0 bilhões em 1997 (conseqüência de um significativo volume de Restos a Pagar do exercício anterior), R\$22,6 bilhões em 1998. Nos três últimos anos do período, o orçamento ganhou certa estabilidade, em torno de R\$23 bilhões.



Fonte: IPEA/DISOC

As fontes de recursos com relação ao financiamento, tendo a quase totalidade dos recursos destinados ao Ministério da Saúde é originária de Contribuições Sociais, especialmente da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (CONFINS) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL). As quais a partir de 1997 agregaram-se a contribuição provisória sobre o Movimento Financeiro (CPMF). A relativamente alta participação dos Títulos do Tesouro e Operações de Crédito, nos anos de 1995 (10,2%) e 1996 (11,5%) deve-se, principalmente aos empréstimos contraídos FAT.

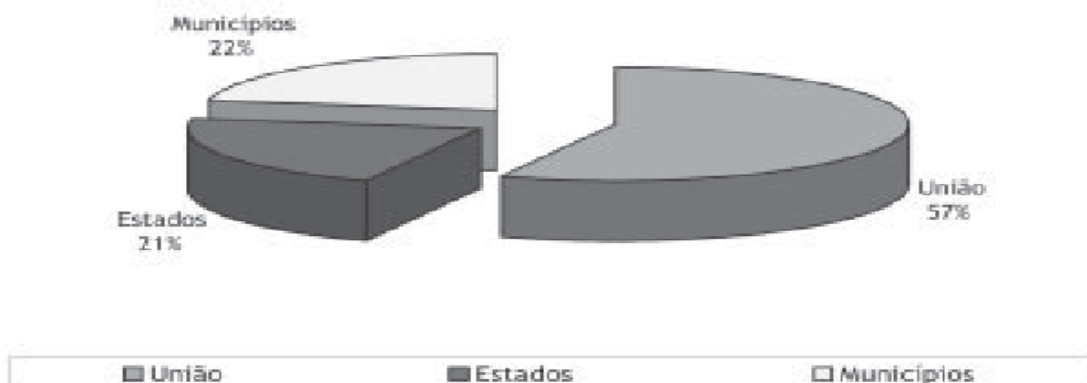
Distribuição percentual das fontes de financiamento de 1993 A 1998

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos Ordinários	8,9	1,0	3,1	0,2	1,0	10,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5
Operações de Crédito Internas	2,6	0,0	7,6	8,2	0,0	0,0
Operações de Crédito Externa	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1
Recursos Diretamente Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6
Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,2	63,3	73,0	71,0
Contrib. Social Lucro PJ	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0
Contrib. Social p/ Finac. Segurid. Social	25,1	34,0	49,1	42,5	25,9	26,0
Contrib. Empr. e Trab. p/ Segurid. Social	31,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contrib. Prov. S/ Mov. Financeira	0,0	0,0	0,0	0,0	27,8	37,0
FINSOCIAL – Recup. Dep. Judiciais	0,0	7,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Estabilização Fiscal	0,0	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3
Demais Fontes	4,4	2,8	1,9	3,9	0,8	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte:MS/ Siafi/Sidor

Os efeitos da mudança constitucional foram rapidamente perceptíveis. O acréscimo de recursos mais significativo foi registrado, de imediato, na esfera estadual, uma vez que o impacto no orçamento federal foi pequeno, dadas as condições macroeconômicas que determinaram pequenas taxas na variação do PIB e, no âmbito municipal, o percentual mínimo já havia sido superado por expressiva parcela de municípios. Estimativa realizada com base em informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde — Siops aponta que, em 2001, o montante global de recursos públicos alocados às ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo superou R\$40 bilhões, sendo R\$22,5 bilhões provenientes da União, R\$8,9 bilhões dos estados e R\$8,5 bilhões originários de receitas municipais.

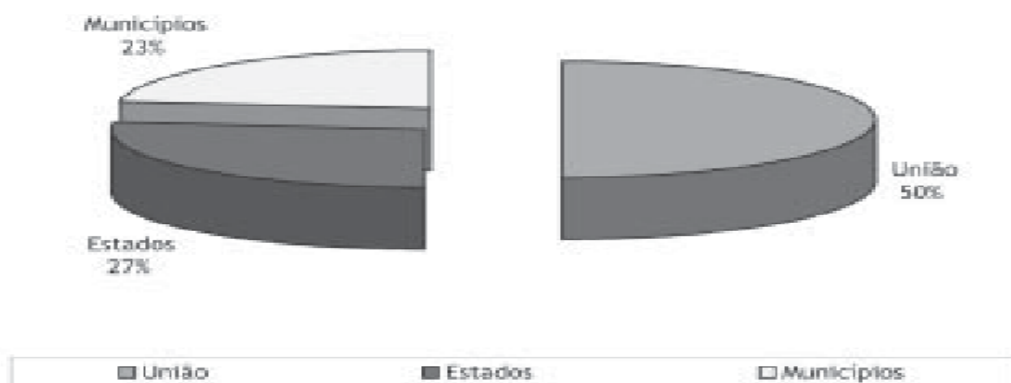
Brasil: Estimativa de gastas com saúde por esfera de governo 2001 – Siops



Fonte: MS/SIOPS

Pode-se fazer uma comparação com o período de 2001 com o período de 2004. Essa tendência está refletida nas estimativas mais recentes de composição do gasto público realizadas pelo Siops, segundo as quais a expectativa é de que a participação das esferas de governo no financiamento do Sistema sofrerá importante alteração, decorrente de dois fatores simultâneos: a relativa estabilização dos montantes aportados pela esfera federal e o acréscimo de recursos provenientes dos estados, instância que, historicamente, menos contribuiu para o financiamento. Os dados indicam que, em 2004, o gasto público com saúde deverá estar muito próximo de R\$50 bilhões, dos quais R\$25,3 bilhões provenientes da esfera federal, R\$13,3 bilhões dos estados e R\$11,3 bilhões dos municípios.

Brasil: Participação das esferas de governo no gasto com saúde
Reestimativa Siops para 2004



Fonte: Siops

Uma das medidas importantes para o financiamento setorial foi a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. Apesar de ter sido criada para ser uma fonte de recursos adicionais, a CPMF não proporcionou o incremento esperado nos recursos setoriais, em decorrência da redução da participação de outras fontes que tradicionalmente financiam o setor.

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde, conceituamos a “gerência” como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS e a “gestão” como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no Sistema Único de Saúde é importante definir quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são as funções gestoras no SUS.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções (macro-funções) gestoras na saúde:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;

- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados);
- prestação direta de serviços de saúde (SOUZA, 2002).

Cada uma dessas macro-funções compreende uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Dentro de macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, identificação das prioridades e programação de ações.

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros) (SOUZA, 2002).

A Legislação do SUS e diversas normas e portarias editadas nos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas de governo.

A Constituição Federal estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei 8.080/90 ou Lei Orgânica da Saúde.

Estrutura institucional e decisória do SUS

	GESTOR	COMISSÃO INTERGESTORES	COLEGIADO PARTICIPATIVO
NACIONAL	Ministério da Saúde	Comissão tripartite	Conselho nacional
ESTADUAL	Secretarias estaduais	Comissão bipartite	Conselho estadual
MUNICIPAL	Secretarias municipais		Conselho municipal

Fonte-MS

A Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação.

São definidas como atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo:

- Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;
- Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- Organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- Participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

- Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS de conformidade com plano de saúde;
- Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- Realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

- Requisição, pela autoridade competente da esfera administrativa correspondente, de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, assegurada justa indenização, para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo eminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias;
- Implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- Celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- Elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;
- Articulação da política e dos planos de saúde;
- Realização de pesquisas e estudos na área de saúde;
- Definição das instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- Fomento, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Uma análise geral da Lei 8.080/90 permite destacar em relação à competência de cada nível específico de gestão do SUS os pontos a seguir descritos.

- **Competências da União**

À direção nacional do Sistema Único de Saúde compete:

- Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- Participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativo às condições e aos ambientes de trabalho;
- Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária;
- Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

- Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- Coordenar e participar na execução das ações de Vigilância Epidemiológica;
- Estabelecer normas e executar a Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- Promover a descentralização para as Unidades federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;
- Normatizar e coordenar nacionalmente os Sistemas Nacionais de Sangue, Componentes e Derivados;
- Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

- **Competência do Estado**

À direção estadual do Sistema Único de Saúde compete:

- Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
 - Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde;
 - Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
 - Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;
 - Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
 - Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
 - Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
 - Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
 - Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
 - Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
 - Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
 - Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
 - Colaborar com a União na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
 - O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF.
- **Competência do Município**

À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

- Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

- Executar serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;
- Formar consórcios administrativos intermunicipais;
- Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- Colaborar com a União e os Estados na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

A NOAS/SUS 01/2002 em seu capítulo III estabelece os critérios de habilitação de municípios e Estados, explicitando as responsabilidades dos gestores municipais e estaduais.

A partir da publicação da NOAS 01/2002 os municípios poderão habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. No caso dos Estados a NOAS prevê duas condições de habilitação: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Os municípios para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada deverão assumir as seguintes responsabilidades:

- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

- Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo Estado ou pela União.
- Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível de atenção.
- Cumprimento das responsabilidades referentes as áreas de atuação estratégicas mínimas.
- Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população do conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada (anexo 2 da NOAS/SUS 01/02).
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela SES.
- Desenvolvimento de atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- Operação do SIA/SUS e do SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.
- Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.
- Execução das ações básicas de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas,

como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente.

- Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado. Os municípios para se habilitarem à Gestão Plena de Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades definidas a seguir:
- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.
- Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo Estado e pela União.
- Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemo-núcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública.
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.
- Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.
- Desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.
- Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.

- Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.
- Execução das ações básicas de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB.
- Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.
- Firmar o Pacto da Atenção Básica com o Estado. Os Estados para poderem se habilitar na Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual deverão assumir as seguintes responsabilidades:
- Elaboração do Plano de Saúde e do Plano Diretor de Regionalização, incluindo o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada.
- Coordenação da PPI do Estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme a referência intermunicipal.
- Gerência de unidades públicas de hemo-núcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemo-núcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de Saúde Pública.
- Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional.
- Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os municípios-sede de módulos assistenciais e pólos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso.
- Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS.
- Gestão das atividades referentes a Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais, Central de Transplantes. O Estado poderá delegar essas funções aos municípios em GPSM.
- Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional.
- Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores.
- Organização e gestão do sistema estadual de Controle, Avaliação e Regulação.

- Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de Vigilância Sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- Estruturação e operação do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria.
- Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde.
- Coordenação das atividades de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).
- Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- Coordenação das atividades de Vigilância Sanitária e execução complementar conforme legislação em vigor e pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Execução de ações básicas de Vigilância Sanitária, referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas.
- Execução das ações de média e alta complexidade de Vigilância Sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal.
- Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.
- Operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.
- Coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados.

Os estados para poderem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual deverão assumir, além das responsabilidades da condição avançada do sistema estadual, o cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

As entidades de representação dos gestores têm tido um papel importante nas Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, conformando-as como um

espaço consistente de negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores.

- **O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde**

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) foi constituído no ano de 1988, como ente de mobilização e representação dos Secretários Municipais de Saúde.

O CONASEMS tem como eixo de ação “o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal, promovendo e incentivando o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem as experiências de saúde, com caráter intersetorial, que promova equidade e participação social”.

No nível nacional, participa da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), representando as secretarias municipais de saúde nos fóruns de negociação e deliberação sobre a saúde pública.

Em cada Estado os Secretários Municipais de Saúde se organizam em COSEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde), sendo que em alguns Estados a entidade recebe outras denominações. Os representantes do COSEMS e os representantes das secretarias Estaduais de Saúde compõem a Comissão Intergestores Bipartite em cada Estado. Nos Estados maiores, foram organizados os Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) que fazem parte das Comissões Intergestores Bipartite Regionais.

- **O Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi fundado em fevereiro de 1982, com o objetivo de tornar o conjunto das secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, mais participante do esforço de reconstrução do setor

saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do País.

É uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, congregando os Secretários e seus substitutos legais. Tem sede e foro em Brasília, DF.

O CONASS constitui um organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) com mandato de representar politicamente os interesses comuns das secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros, em torno de estratégias comuns de ação entre os gestores estaduais de saúde. Dentre as representações de que participa estão a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto à finalidade, competência e linhas de ação, o CONASS atua como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros, voltado para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar em saúde e para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

Sua missão é promover o pleno exercício das responsabilidades das secretarias de Saúde dos Estados na política de saúde, junto aos órgãos setoriais federais e municipais, aos Poderes Legislativo e Judiciário, além de outras entidades da sociedade civil.

O financiamento do Conselho é essencialmente feito mediante contribuições das SES ao “Fundo CONASS” de acordo com valores estabelecidos nas suas Assembléias. Em dezembro de 2002, o CONASS lançou uma publicação comemorativa aos seus 20 anos de existência que traz uma série de informações sobre a sua estrutura, organização e história.

6 AVALIAÇÃO SUBSTANTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O capítulo que se referem as considerações substantivas do nosso sistema de saúde pretende fazer uma comparação do Sistema Único de Saúde – SUS com os sistemas de saúde no mundo, que em momentos diferentes serviram de base para a formatação do sistema de saúde brasileiro, considerando como abrangência destes sistemas os direitos dos cidadãos e o financiamento.

Quando setores da sociedade civil organizada e a população foram chamados a opinar sobre o Sistema Único de Saúde - SUS em duas oportunidades, nos anos 2000 e 2002, nas classes menos favorecidas, o sistema de saúde recebeu uma avaliação de boa qualidade, com índices acima de 80%. O Brasil deu um passo gigantesco na área da saúde ao unificar os sistemas em um só comando. O que nos falta é organização, gerência e um financiamento mais justo. O Sistema Único de Saúde é um processo evolutivo que estará sempre em implantação, porque a saúde é um bem de expectativa infinita.

6.1 O Sistema de Saúde Brasileiro – o SUS e os diversos Sistemas no Mundo

O acesso ao atendimento à saúde, como bem reza a nossa Constituição, é um direito da cidadania. Com exceção dos Estados Unidos e da África do Sul, todos os países do mundo oferecem hoje um sistema de saúde com acesso universal aos seus cidadãos. Já se foi o tempo de uma medicina só para os ricos, e uma caridade pouco confiável para os demais. Hoje, no mundo inteiro, ninguém duvida que o atendimento à saúde não deve ser mais um privilégio dos mais favorecidos. A

doença e o sofrimento são inimigos tenazes e perigosos de qualquer sociedade que devem ser levados a sério na hora da distribuição dos recursos públicos, frutos do trabalho de cada cidadão.

Somente o Canadá, Cuba, Costa Rica e o Brasil, dentro do continente americano, tem um sistema de saúde em que as ações de promoção, prevenção e recuperação e assistência estão centrado em um só ministério, pois o nosso problema se situa ainda na falta de organização, gerência, mas, sobretudo no financiamento.

Enquanto o Canadá gasta 3.100 dólares canadenses por habitante/ano, Cuba não dá informações corretas, a Costa Rica gasta 600 dólares americanos ano, o Brasil, juntando os gastos públicos e privados, só gasta 310 dólares por brasileiro ano. Isto prova que, no Brasil, não há um investimento suficiente na saúde. Mesmo assim, temos as áreas de sucesso, assim como as erradicações da varíola, da poliomielite, e nota-se que o Brasil está em silêncio epidemiológico no sarampo há mais de 5 anos.

A implementação do SUS constitui uma trajetória de grande significado para o re-direcionamento das políticas sociais no Brasil. Ao privilegiar os princípios e diretrizes já descritas anteriormente, como a universalidade, a equidade, a descentralização e a gestão participativa, passamos a trabalhar a política de saúde a partir de novos marcos, em que a garantia de direitos sociais é um eixo essencial. Isto está refletido no conjunto de prioridades definidas por todos os debates realizados desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, e mesmo antes, nos processos de mudança que embasaram a criação do SUS.

Neste período, a temática do financiamento sempre esteve presente enquanto um elemento desafiante. A motivação é óbvia: “não se faz nada sem recursos!” (BARJAS, NEGRI, 2001).

O sistema de saúde brasileiro, pela grandeza do país e pelas diversas reformas por que passou, desde a sua etapa previdenciária até a atual onde o direito é universal, conforma uma necessidade crescente de recursos, ao mesmo tempo em que fica clara a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contra referência), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção básica articulada aos demais níveis).

Todas estas propostas só podem ser viabilizadas com um forte modelo de financiamento, expresso em leis que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis; flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos; ao mesmo tempo em que tenha sistemas voltados para a sua transparência, garantindo o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação (BARJAS, NEGRI, 2001).

Essas premissas, apesar de simples, transformaram-se num processo de luta permanente do movimento sanitário e de todos os setores da sociedade que defendem o SUS.

Passamos de um modelo de financiamento baseado nas contribuições previdenciárias (INAMPS), para outro com a característica de participação de todos os entes da federação, onde cada um tem definidas suas fontes de recursos para a saúde:

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde da União

Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) Contribuição para financiamento da Seguridade Social (COFINS) Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) Recursos Ordinários Recursos diretamente arrecadados
--

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos Estados

Impostos: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) ITCMD (Imposto sobre herança) Transferências da União: Fundo de Participação dos Estados (FPE) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRFF) Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação (IPI) Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)

Principais Fontes de Receita para o gasto em saúde dos Municípios

Impostos Municipais: Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) Imposto de Transferência de Bens Intervivos (ITBI) Imposto sobre Serviços (ISS) Transferências da União Fundo de Participação dos Municípios (FPM) Cota-Parte do Imposto Territorial Rural (ITR) IRRF Lei Complementar n.º 87/96 Transferências do estado: Cota-Parte do ICMS Cota-Parte do IPI-Exportação Cota-Parte do IPVA
--

(MS/SE/Os Tres Quadros acima)

A obrigatoriedade das contrapartidas de cada esfera e a manutenção das fontes de forma estável esteve em compasso de espera até o ano de 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC 29), após amplo processo de luta iniciado com a tramitação da PEC 169, apoiado por amplos setores do movimento social. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União, Estados e Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde, visando atingir percentuais de 12% das receitas para a saúde no caso dos Estados e 15% no caso de municípios.

A emenda é auto-aplicável. Suas exigências e efeitos são imediatos. Além de definir os limites mínimos de aplicação em saúde, define regras de adequação para o período de 2000 a 2004. A partir daí, os cálculos dos limites, os critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, Estados e Municípios, serão definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerá válida os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que vão desde retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FEP) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União, e a cassação de mandatos.(BARJAS, NEGRI, 2001)

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, garantindo a participação da comunidade no controle. Estas garantias já estavam definidas desde as Leis 8080 e 8142.

Obstáculo e desafio. Parte desse aparato encontra-se em discussão com as tentativas de regulamentação da EC 29 e no bojo da Reforma Tributária em curso. Certamente o dinamismo deste processo deverá trazer mudanças, pois a desvinculação de receitas tem sido uma temática permanente da pauta de governadores com o governo federal. Por outro lado, consideramos que a vinculação traz maior segurança em relação ao volume de recursos para o setor (algo como um

seguro contra a instabilidade excessiva, verificada nos anos 90) e compromete as três esferas de governo no financiamento da saúde.

Existem alguns pontos em debate com efeitos diretos para a saúde por tratarem de impostos diretamente vinculados a estas receitas previstas para a saúde:

- **CPMF** - Introdução, de forma definitiva, da contribuição sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos, que atualmente tem caráter provisório. Fixada em 0,38%, a alíquota terá possibilidade de redução gradativa até 0,08%, assim que sejam estipuladas fontes alternativas de arrecadação. Ao final, ela poderá ser preservada como instrumento de controle fiscal.
- **COFINS** - A atual contribuição sobre receita ou faturamento poderá ser cumulativa para alguns setores econômicos, que serão definidos por lei. Propõe-se que seja cobrada sobre importações e desonerada sobre exportações.
- **ICMS** - A legislação será unificada. A medida visa impedir a guerra fiscal entre os estados e sua cobrança será regulamentada, posteriormente, para ser realizada na origem da produção. A menor alíquota será destinada aos gêneros alimentícios de primeira necessidade, que serão definidos em lei complementar.
- **DRU** - A desvinculação de 20% das receitas de impostos e contribuições da União seria renovada até 2007. No caso dos estados, está em debate a desvinculação das receitas também neste nível.
- **Renda Mínima** - Estará previsto na Constituição que o Governo Federal instituirá um programa de renda mínima em convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com os Municípios, destinado a garantir a subsistência das famílias de baixa renda.

Todas estas propostas podem ter efeito drástico sobre os recursos estáveis para o setor, nossas conquistas parciais neste campo do financiamento estão na berlinda e acompanhadas de fortes movimentos de pressão. Portanto, cabe neste momento a reafirmação de princípios e ao mesmo tempo a discussão sobre os resultados obtidos ao longo dos anos com a implantação do SUS. Mesmo com a insuficiência de investimento na saúde, temos as áreas de sucesso, assim como a erradicação da varíola, da poliomielite, nota-se que o Brasil está em silêncio epidemiológico no sarampo a mais de 5 anos. É sempre importante lembrar, que

esta política com todas as dificuldades de aporte de recursos foi, na contramão das orientações neoliberais, uma política inclusiva e obteve resultados efetivos, medidos por índices como o IDH, mortalidade infantil e mortalidade materna redução da incidência de AIDS, que temos o melhor programa do mundo, nos transplantes e etc.(MS/SE,2002).

Não podemos construir um olhar sobre o SUS de forma isolada do conjunto da política social e econômica, do mesmo modo precisamos tratar o SUS como uma política estruturante dentro dos marcos dos direitos sociais, sendo para isso fundamental que se observe sua sustentabilidade. Sabe-se que os recursos escassos da saúde ainda permanecerão aquém das necessidades, pois estas são sempre crescentes, porém, os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, a educação em saúde entre tantas outras, são ações que para sua efetividade precisam ter recursos estáveis e estarem associadas a um processo de planejamento estratégico que defina prioridades e racionalidade nos orçamentos que viabilizam sua execução. As despesas públicas com assistência médica mostram uma tendência favorável à expansão dos cuidados básicos e ambulatoriais, embora uma parcela significativa do incremento de gasto se deva ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, não evidenciando um aumento significativo em investimento e em custeio para o setor.

A busca da equidade é tímida, persistindo a concentração de recursos no Sul e Sudeste, embora seja proposta a interiorização de pessoal de saúde com base na estratégia da família e nas articulações do Ministério da Saúde com Secretarias de Saúde e Universidades.

Por outro lado, os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e equidade. Quando se tenta avaliar a qualidade e a resolubilidade dos serviços, essa distância aumenta.

- **Quanto às diretrizes:**

- Cumprimento da Emenda Constitucional n. °29, conforme ficou consubstanciado na Resolução CNS n. ° 322/03;
- Ação vigorosa na defesa da retomada do desenvolvimento socioeconômico e da elevação da atual porcentagem do PIB destinada à saúde, incrementando, principalmente, a participação do orçamento público no financiamento do setor saúde;
- Definição da busca de equidade na alocação de recursos como diretriz essencial para a redução das desigualdades regionais existentes;
- Prosseguir com a discussão nos Conselhos de Saúde, visando a determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições, dos seguintes conjuntos de itens: (i) custeio; (ii) investimentos; (iii) atenção básica; (iv) média complexidade; e (v) alta complexidade;
- Incremento das ações de controle e avaliação do sistema de saúde com vista a eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos;
- Reversão da atual forma de gastos com investimentos, baseada em convênios e emendas parlamentares, para um padrão de investimentos sustentado em planos diretores discutidos nos conselhos de saúde.

QUADRO I – Redução da Mortalidade Infantil e Materna

Reduzir a taxa de mortalidade infantil				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de mortalidade infantil	Relação entre o nº de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade e o total de nascidos vivos (x1.000), corrigido pelo fator de subnumeração de nascidos vivos onde for necessário.	1/1.000mv	Nacional / SIM e SINASC e Celso Simões (IBGE)	0028 - SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO - SPS
Reduzir a taxa de mortalidade materna				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Coeficiente de mortalidade materna	Relação entre o número de óbitos por complicações da gravidez, do parto e do puerpério e o total de nascidos vivos (X 100.000), corrigido pelo fator de subnumeração de óbitos onde for necessário.	1/100.000	Estadual / SIM/SINASC CENEPI/FUNASA e Celso Simões (IBGE)	0021 SAÚDE DA MULHER - SPS
Aumentar as consultas pré-natal por parturientes no SUS				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Razão entre o no. de consultas de pré-natal e nascidos vivos	Relação entre RN de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal e o número de nascidos vivos (X100)	porcentagem	Municipal, estadual e nacional / SINASC	0021 SAÚDE DA MULHER - SPS
Reduzir a desnutrição infantil				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Número de crianças (e ou) nutrízes beneficiados pelo programa	Número de benefícios pagos	unidade	Municipal, estadual e nacional	0008 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - SPS
Ampliar o acesso à água tratada				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Número de famílias beneficiadas com água tratada	Número de famílias beneficiadas	unidade	Municipal / FUNASA Projeto Alvorada	0019 SANEAMENTO BÁSICO - FUNASA

QUADRO II – Controle de Doenças e Agravos Prioritários

Melhorar a cobertura por DPT, Sarampo, Pólio, Hepatite, BCG e Hib				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Municípios com cobertura Vacinal adequada	número de municípios com cobertura vacinal adequada / número total de municípios X 100	percentagem	Municipal/IBGE/CENEPI/FUNASA	0006 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS - FUNASA
- Reduzir a incidência casos de dengue				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Coeficiente de incidência de dengue	Relação entre o número de casos novos de dengue e o total da população multiplicado por 100 mil	1/100.000	Municipal/CENEPI/FUNASA	0015 PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE - FUNASA
Reduzir o número de Municípios Infestados por Aedes aegypti				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Número de Municípios infestados	Número de Municípios com a presença do vetor Aedes	UNIDADE	Municipal/CEENPI	0015 PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE - FUNASA
Manter erradicada a febre amarela urbana				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Incidência de febre amarela urbanav	Número de casos novos confirmados de febre amarela urbana	Unidade	Municipal/CENEPI/FUNASA	0015 PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE - FUNASA
Reduzir o número de casos novos de malária na Amazônia Legal				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Casos Novos Detectados de Malária na Amazônia Legal	Números de casos novos detectados de malária na Amazônia Legal	Unidade	Municipal/CENEPI/FUNASA/	0014 PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA - FUNASA/MS
Reduzir o número de casos de sarampo				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Incidência do Sarampo autóctone	Número de casos novos de sarampo	Unidade	Municipal/CENEPI/FUNASA	0006 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS - FUNASA
Reduzir o número de casos de Tétano Neo-Natal				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Incidência de Tétano neo-natal	Número de casos tétano neo-natal	Unidade	Municipal/CENEPI/FUNASA	0006 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS - FUNASA
Reduzir o coeficiente anual de incidência de tuberculose pulmonar em bacilíferos por 100.000 hab.				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Coeficiente de incidência da tuberculose	Relação entre o número de casos novos de tuberculose e o total da população multiplicado por 100 mil	1/100.000	Municipal / SINAN /CENEPI / FUNASA	0012 PREVENÇÃO E CONTROLE DA TUBERCULOSE E DE OUTRAS PNEUMOPATIAS - SPS - FUNASA

Reduzir o coeficiente de prevalência de hanseníase por 10.000 hab.				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Coeficiente de prevalência da hanseníase	Relação entre o número de casos de hanseníase existente e o total da população Multiplicado por 10 mil	1/10.000	Estadual / SINAN / CENEPI / FUNASA	0020 CONTROLE DA HANSENÍASE E OUTRAS DERMATOSES - SPS - FUNASA
Reduzir a taxa de incidência de AIDS				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Coeficiente de incidência de AIDS	Relação entre o nº de casos novos de AIDS e o total da população (x100.000)	1/100.000	Nacional / CENEPI/ FUNASA- CN/DST/AIDS MS e IBGE	0003 PREVENÇÃO, CONTROLE E ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E DA AIDS - SPS
Implantar sistema de acompanhamento dos portadores de hipertensão.				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Proporção de indivíduos com hipertensão arterial acompanhados na rede após etapa de detecção de suspeitos	Relação entre o número de hipertensos acompanhados nas unidades de saúde e o número de indivíduos com pressão arterial elevada identificados na etapa de detecção de suspeitos. (X100)	percentagem	Estadual e Nacional /SIA	0017 - Prevenção e Controle de Doenças crônico-degenerativas - SPS
Implantar sistema de acompanhamento dos portadores de diabetes.				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Proporção de indivíduos com diabetes melitus acompanhados na rede após etapa de detecção de suspeitos	Relação entre o número de diabéticos acompanhados nas unidades de saúde e o número de indivíduos com glicemia capilar anormal identificados na etapa de detecção de suspeitos. (X100)	percentagem	Estadual e Nacional /SIA	0017 - Prevenção e Controle de Doenças crônico-degenerativas - SPS
Realizar exames nas mulheres em idade de risco para câncer cervico-uterino.				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de cobertura de Exame Papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos	Relação percentual entre o número de mulheres que fizeram o exame Papanicolaou na faixa etária de 25 a 59 anos de idade e o total de mulheres na mesma faixa etária	Percentagem	Municipal / INCA	0011 PREVENÇÃO E CONTROLE DO CâNCER E ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA - SAS/INCA

QUADRO III – Melhoria da Gestão, do Acesso e da Qualidade das Ações e Serços de Saúde

Elevar a disponibilidade de medicamentos genéricos				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Participação de medicamentos genéricos no mercado de medicamentos.	Relação percentual entre a quantidade total de medicamentos genéricos vendidos e o total de medicamentos vendidos.	Porcentagem	Nacional / Indústria Farmacêutica e ANVISA	0005 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ANVISA
Cadastrar os usuários SUS para emissão do Cartão Nacional de Saúde				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de Cadastramento de Usuários do SUS	Número de cadastros validados / total de habitantes X 100	porcentagem	Sistema de cadastramento de usuários do SUS / DATASUS	0004 - Qualidade e Eficiência do SUS - SIS
Recadastrar os estabelecimentos de saúde				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de estabelecimentos de saúde cadastrados	Número total estabelecimentos cadastrados / número total de estabelecimentos de saúde na base IBGE X 100	porcentagem	- DATASUS/ IBGE	0004 - Qualidade e Eficiência do SUS - SAS
Fiscalizar as operadoras de Planos de Seguros de Saúde				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde fiscalizadas	Relação percentual entre o nº de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde fiscalizadas e o total de operadoras existentes X 100	Porcentagem	Nacional/ANS	0025 SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS
Acompanhar a aplicação de recursos em ações e serv. de saúde, conforme Emenda Constit. 29/2000				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Percentual de recursos próprios aplicados em saúde.	Relação percentual entre a despesa própria com ações e serviços de saúde e a base de receitas vinculáveis de acordo com a EC 29/2000	Porcentagem	Governo Federal, Estados e Municípios, SIOPS	0016 Gestão da Política de Saúde - SIS
Aumentar a oferta de transplantes				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Transplantes realizados	Número total de transplantes realizados	unidade	SIH/SUS	0023 Atendimento Ambulatorial, emergencial e Hospitalar - SAS
Fiscalizar a Indústria Farmacêutica				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de inspeções sanitárias realizadas nas indústrias farmacêuticas	Número de indústrias farmacêuticas inspecionadas sobre o número total de indústrias cadastradas (X100)	Porcentagem	Nacional e Estadual / ANVISA	0024 VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS E SERVIÇOS - ANVISA
Fiscalizar as Unidades Hemoterápicas de Alta Complexidade				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- % de Unidades Hemoterápicas inspecionadas (uma vez ao ano) em relação ao total de Unidades Hemoterápicas cadastradas.	Número de Unidades Hemoterápicas inspecionadas (uma vez ao ano) sob Total de Unidades Hemoterápicas cadastradas X 100	Porcentagem	Nacional e Estadual / ANVISA	0007 Qualidade do Sangue. - ANVISA

QUADRO IV – Reorientação do Modelo Assistencial e Descentralização

Implantar o Plano Diretor de Regionalização				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Percentual de estados com Plano de Regionalização aprovado pelo MS	Total de estados com PDR aprovado / total de estados X 100	Porcentagem	Documentos SAS/SPS	0016 - Gestão da Política de Saúde - SAS
Expandir o Programa Saúde da Família				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de cobertura da população pelas equipes de saúde da família	Relação percentual entre o nº total da população coberta pelas equipes de saúde da família e o total da população (X100)	Porcentagem	Municipal / COAB/SAS	001 SAÚDE DA FAMÍLIA - SPS
Estruturar a Atenção Básica nas Comunidades Indígenas				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Percentual de Comunidades indígenas com Atenção Básica estruturada	No. de comunidades indígenas com atenção básica implantada / número total de comunidades indígenas cadastradas (X100)	porcentagem	Nacional / FUNASA	0150 Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas - FUNASA
Ampliar as visitas domiciliares pelo SUS				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Visita domiciliar por família/mês	Relação entre o no. de visitas domiciliares de profissionais de saúde de nível superior, médio e agentes comunitários de saúde e o número total de domicílios (X100)	porcentagem	Municípios/ SIA e IBGE	001 Saúde da Família - SPS
Reduzir a taxa de gastos com Internações no gasto total com Saúde Mental pelo SUS.				
INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
- Taxa de gastos com Internações por Transtornos Mentais no total de gastos com Saúde Mental no SUS	Relação percentual entre o gasto com internações por transtornos mentais e o gasto total com Saúde Mental no SUS.	Porcentagem	Municipal / SIA e SIH DATASUS	0018 SAÚDE MENTAL - SAS

Base e fontes destes quadros - ministério da saúde)

6.2 Avaliação do SUS pelos diversos Setores e a População

A Avaliação do SUS pela população, aponta a existência de uma desinformação da população quanto à falta de conhecimento do que significa SUS, pois admitem não conhecer o significado da sigla, tendo como o maior nível de desconhecimento a região nordeste e o menor nível a região sul. Também não se tem conhecimento que não deve e não se paga consulta ou outro atendimento qualquer no ato e nem depois. A população não vincula o SUS e estabelecimentos

públicos de prestação de serviço de saúde, como os hospitais ou ambulatoriais. A população identifica os estabelecimentos públicos municipais ou estaduais como espaços, como sendo uma área física, onde se atende pelo SUS e outra camada da população associa os estabelecimentos particulares ao mesmo SUS, ainda dentro dessa mesma camada da população, cita-se os estabelecimentos particulares que tenham convênio vinculando ao SUS, sendo assim o SUS tem como objetivo prestar serviço de saúde a toda população brasileira.

No decorrer da pesquisa o resultado encontrado destaca o baixo grau de confiança depositado no SUS, pela população e totalmente conscientizada que o SUS é direito do cidadão.

A avaliação dos serviços do SUS pela população quanto à atividade de prevenção foram avaliadas positivamente por mais da metade, como funcionando bem ou muito bem. E quanto às atividades de reabilitação, não logrou o mesmo êxito da atividade anterior, sendo avaliada como bem ou muito bem por menos de 20%, então se entende que existe um grau de insatisfação na população em relação a esta atividade. Quanto às atividades de assistência e promoção obteve uma avaliação intermediária.

Não há grandes variações regionais quanto a avaliação do SUS pela população, entretanto a avaliação é semelhante entre si fazendo um conjunto do país.

É importante observar a avaliação do SUS pelos usuários e não usuários. Os usuários classificados como *usuários exclusivos* do SUS, avalia de uma forma mais positiva do que os denominados *usuários não exclusivos* e os *não usuários*, sendo esta classe em menor percentual.(PESQUISA CONASS, 2002).

Quanto a avaliação do SUS pela população, segundo a escolaridade e renda, nota-se que há uma relação inversa, entre a avaliação positiva do funcionamento e o grau de escolaridade. Na percepção do analfabeto, o SUS funciona bem ou muito bem, entre os que têm formação superior, já não tem a mesma opinião, existindo um grau de insatisfação. O mesmo ocorre em relação a renda, pois quanto menor a renda, melhor é a avaliação feita sobre o SUS.

Em relação à evolução da qualidade dos serviços do SUS, identifica-se que nem melhoraram e nem pioraram. Após um período de dois anos a população já avaliou o SUS de outra forma, apontando a melhora dos serviços prestados, sendo significativamente oposta a opinião anterior.

Grande parte da fonte de insatisfação da população com o atendimento do SUS está vinculada ao fator tempo de espera, na demora em ser atendido, demora nas filas de espera, demora para marcar consulta, demora na recepção entre outros.

A importância relativa versus grau de insatisfação confirma a preponderância do fator *tempo de espera*, como elemento de avaliação, surge o item rapidez do SUS em resolver problemas de saúde, como sendo muito importante e o pior avaliado, o que faz dele um problema excepcionalmente sério, na percepção dos usuários.

No setor de atendimento feito pelos médicos, a qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde não é como fonte importante de insatisfação com os serviços do SUS, pelo contrário, o bom atendimento prestado por enfermeiras e médico é razão principal da satisfação. Sendo ao mesmo tempo considerado como o mais importante e o mais bem avaliado. O tempo de espera não foi bem avaliado, possuindo um grau de insatisfação, no que tange ao atendimento.

No setor seguinte, equipes de enfermagem, o atendimento prestado por este setor, em estabelecimentos do SUS, é muito bem avaliado e considerado importante

sendo, a boa educação e gentileza do atendimento prestado e a solução dada pela equipe aos problemas. Outra vez o tempo de espera é apontado como um item que não foi bem avaliado.

No outro setor, os serviços de recepção e de portaria, dos estabelecimentos do SUS não foram bem avaliados de modo geral, voltando o item tempo de espera a influenciar e um outro item aparece como o do conforto oferecido, em relação as instalações, entretanto o grau de importância atribuído a qualidade da recepção é relativamente pequeno, pois importância versus satisfação, sendo baixa importância mais baixa satisfação (PESQUISA CONASS, 2002).

Na série de trabalhos publicadas pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, dentro do projeto Progestores, destaca-se um “A Saúde Na Opinião Dos Brasileiros”. Na elaboração desta obra , a pesquisa envolveu a aplicação de 3200 questionários a uma amostra aleatória de pessoas com idade mínima de 16 anos, residentes em municípios dispersos em todo o território nacional. A amostra foi calculada de forma a permitir resultados significativos não apenas para o conjunto do país, mas também para cada uma de suas grandes regiões geográficas..Foram 243 perguntas que se desdobraram em 468 variáveis.

A pesquisa segue com uma série de avaliações sobre o SUS, revelando, de saída que apenas 35% dos entrevistados souberam o significado da sigla SUS pela população. Apesar de este número ter crescido desde 1998 (25% de acerto), ainda é baixo o nível de identificação do SUS pela população. A imagem que a população tem do SUS é então traçada com base em diversos critérios, como o tipo de atendimento e condição do usuário, que mostra uma sensível melhora na avaliação geral do sistema , Cerca de 32% dos entrevistados afirmaram que o SUS melhorou nos últimos dois anos.(CONASS-PROGESTORES, 2002). Um exemplo que a

pesquisa mostra é que existem setores do SUS bem avaliados pela população e outros não. No caso do atendimento de alta complexidade, que inclui a cirurgia cardíaca, tratamento do câncer, entre outros, 61% dos entrevistados que precisaram dessa assistência foram atendidos pelo SUS, e, desses, mais de 80% avaliaram o serviço como bom e ou excelente. A mesma avaliação se dá pelos brasileiros atendidos pela atenção básica de saúde, especialmente, quando são atendidos pelo Programa da Saúde da Família – PSF e pelos Agentes comunitários de saúde O PACS.

Podemos afirmar que o SUS, na opinião dos brasileiros, é um sistema desconhecido com áreas de excelência, com áreas que estão caminhando para o nível bom e ainda com áreas de atendimento muito ruim, a exemplo da média complexidade.

6.3 Perspectivas

A construção de um sistema de saúde acessível é a esperança dos brasileiros. Isso é coisa muito importante para estar sendo decidido assim às pressas, sem um amplo debate com a participação de toda cidadania. Para tornar esse debate possível os brasileiros deveriam ter acesso a dados confiáveis sobre os sistemas de saúde de outros países. Só assim poderemos discernir o que será melhor para o Brasil.

O Brasil caminha, a passos largos, para um sistema tríplice de saúde. Para os mais pobres e provavelmente mais doentes, existe um sistema único de saúde (SUS). Para a classe média vamos encontrar os planos de saúde e as seguradoras ambos com fins lucrativos. Para os ricos, o atendimento "particular". Nesse sistema de saúde fragmentado e injusto, o racionamento do atendimento se faz a partir do

poder aquisitivo do cidadão. Será que é isso que a população brasileira quer? Se a resposta for sim, então nós teremos o sistema de saúde que merecemos. Mas, se for não, fica então uma pergunta incômoda: porque o país caminha nessa direção? Afinal, somos ou não somos uma democracia?

As coisas não vão bem para o Sistema Único de Saúde. Ele permanece muito centralizado e improvisado, remunera mal os profissionais e dá margem a muita corrupção. Criou-se um Imposto Sobre as Operações Financeiras para torná-lo mais viável, mas, infelizmente, esse dinheiro está sendo desviado para outras prioridades do governo. O Brasil não tem, como ocorre em outros países, um imposto saúde adequado que permita o acesso à saúde para toda população. Sem tal sistema básico e confiável as classes médias brasileira, ansiosas com o prospecto da falência frente às contas de médicos e hospitais, irão buscar segurança nos planos e segura saúde, nacionais e multinacionais que agora se multiplicam no país. Não é difícil imaginar que quanto mais desmoralizado for o SUS, maior será o número dos usuários dessas corporações da saúde. Assim, essa já sofrida classe média irá pagar duas vezes pela sua insegurança: seus impostos e suas prestações.

Os brasileiros ainda não sabem, mas essas corporações irão desenvolver no Brasil um linguajar novo, conforme já ocorre nos Estados Unidos. Termos mais adequados para o mundo dos negócios do que para a prática médica serão introduzidos.

O médico deixará de ser um clínico: passará a ser um "fornecedor" (provider). Ele não irá mais tratar de seu paciente: irá fornecer um "produto" (product). A relação médico paciente não será mais importante, pois esse "produto" poderá ser entregue por qualquer um.

Os fornecimentos desses "produtos" deverão ser "autorizados" (authorized) pelos planos de saúde e seguradoras, de acordo com os seus critérios de "necessidade médica" (medical necessity). Essa "necessidade médica" não será determinada pelos médicos mas sim pelas empresas cujo lucros serão tanto maior quanto menos serviços forem prestados.

O atendimento médico será limitado por Organizações de Gerenciamento Clínico (Managed Care Organizations), também com fins lucrativos.

Nos modelos de Organizações de Manutenção da Saúde (Health Maintenance Organizations -HMOs) o atendimento por especialistas deverá passar pelo crivo de um "médico porteiro" (gate keeper).

Os médicos serão ou não "credenciados" (credentialed) pelos planos de saúde e seguradoras dependendo do seu desempenho tendo em vista os interesses da empresa. Os interesses corporativistas nem sempre coincidem com a boa prática da medicina.

As empresas de saúde manterão um perfil de cada médico credenciado para decidir quem fica e quem é excluído por não corresponder às suas metas, isso é, o lucro.

A primeira prioridade do Brasil será a construção de um Sistema Único de Saúde confiável e de qualidade, com acesso universal, para o qual todos contribuam. Sem essa base sólida, descentralizada e bem administrada, com punição pesada para os corruptos, o Brasil não será capaz de enfrentar o desafio da Organização Mundial da Saúde: "Saúde para todos no ano 2.000". A focalização do debate apenas nos planos de saúde e seguradoras desvia a atenção para a questão básica: como fazer o nosso SUS funcionar bem para todos?

As perspectivas são boas, pois para que possamos ter um sistema de saúde saudável, tem-se que reformular o seu sistema, seus procedimentos e sua estrutura organizacional, mas, os brasileiros não devem perder essa esperança, que um dia o nosso sistema único de saúde (SUS) será e fará jus a ser denominado “modelo de sistema de saúde”. Podemos tirar como parâmetro os planos de saúde que vêm decaindo a cada período que passa, pois os mesmos não agüentam o que o SUS oferece. O mal que acaba por contaminar o SUS é a má administração pública sem controle organizacional, se tornando desorganizada, com péssimos dirigentes, faltando gerência dos gestores estaduais e municipais e, sobretudo com a falta de dinheiro.

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A seguir, são apresentadas as principais conclusões do presente estudo e algumas recomendações que resultaram do aprofundamento da questão.

7.1 Conclusões

O sistema de saúde brasileiro, cujo arcabouço jurídico-institucional foi definido na Constituição Federal de 1988, encontra-se em pleno processo de consolidação, orientado pela efetiva implementação de seus princípios e diretrizes. A descentralização de recursos e responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, constitui-se em um dos mais importantes elementos desse processo. Contudo, dadas às características do país e de seu modelo federativo, torna-se imprescindível a articulação entre os diversos níveis de governo de modo a garantir que toda a população tenha acesso ao sistema, em todos os seus níveis de atenção com qualidade, independente do local de residência.

A NOB/SUS 01/96, na tentativa de clarear o papel de cada um dos gestores e induzir divisões de responsabilidades que facilitassem a organização do SUS, definiu que o gestor do sistema municipal seria o responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados no seu município.

Com relação aos estados, a NOB/SUS 01/96 definiu como uma das responsabilidades nucleares do poder público estadual a mediação das relações entre os sistemas municipais.

Embora a NOB/SUS 01/96 tenha definido as responsabilidades de gestão para estados e municípios, a referida Norma atribuiu às Comissões Intergestores Bipartites estaduais a prerrogativa de, excepcionalmente, definir outra divisão de responsabilidades entre os gestores estaduais e municipais.

A possibilidade de ocorrência de pactos de gestão variados nos estados brasileiros é identificada atualmente, como um problema para a organização do SUS no Brasil. Em alguns casos, os pactos são “desorganizativos”, ocasionando conflitos permanentes entre os gestores estadual e municipal, e levam ao rompimento do princípio do comando único sobre o sistema em cada nível de governo.

Nesse sentido, a melhor definição das responsabilidades de cada nível de governo, no contexto da implementação do processo de regionalização desencadeado pela publicação da NOAS-SUS 01/01, é fundamental para a consolidação do SUS. Para o êxito da estratégia da regionalização, cada nível de governo deverá desempenhar suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa. Dessa forma, será possível avançar na superação dos desafios enfrentados na construção do SUS e garantir à população brasileira uma atenção à saúde de qualidade.

A pesquisa revelou, em primeiro lugar, que o aumento de seu comprometimento com o gasto com saúde não apresentou correlação à forma de habilitação ao SUS. Revelou também que foram priorizadas as transferências de incentivos financeiros, particularmente as referentes ao PAB Variável e que foram expandidas as transferências fundo a fundo no campo da média e alta complexidade e as relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

Percebeu-se que as ações em saúde apontadas consideradas como prioritárias no planejamento local, tanto pelos municípios em gestão plena da

atenção básica como em plena do sistema, são exatamente aquelas que recebem incentivos federais para a sua implantação. Nos municípios estudados verificou-se: a) ênfase nos programas relacionados ao PSF, Pacs e às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica; b) prioridade para as ações relacionadas à atenção ao parto, à gestante e ao recém-nascido, através de programas constituídos em Saúde da Criança e Saúde da Mulher; c) importância às ações relacionadas ao combate da desnutrição das crianças, através do Plano de Combate às Carências Nutricionais, particularmente nos municípios de pequeno porte.

Como visto, essa concordância não significa necessariamente que o desenvolvimento desses programas esteja respondendo a necessidades sentidas como prioritárias pelos gestores, expressando, por isso, uma forma de orientação da política local de saúde por parte do governo federal.

Segundo alguns secretários de saúde dos municípios, há programas e ações alçados a prioritários diante dos incentivos do Ministério da Saúde. Esse comentário se refere, principalmente, aos incentivos do Pacs e PSF, à Vigilância e à Educação em Saúde. Quanto às ações prioritárias no nível de atenção à saúde de média e alta complexidade, nota-se que os municípios de gestão plena do Sistema Municipal, ainda que em menor partes, comprometem-se com programas que não contam com recursos específicos repassados pelo Ministério da Saúde. A existência de tais programas tem a ver com os serviços disponibilizados historicamente na sua rede de serviços de saúde.

Observou-se, ainda, que as campanhas incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde apresentam, nos documentos de Gestão e Planejamento Local dos municípios, ainda que de forma indireta, relação com as ações no campo da

vigilância epidemiológica, particularmente, nas ações de controle a tuberculose e a hanseníase.

Os secretários, quando indagados sobre o papel das campanhas na execução da política de saúde local, apresentaram opiniões diferentes: alguns afirmaram que a proliferação de incentivos federais através de campanhas compromete a autonomia dos gestores locais, desconsiderando as especificidades locais e regionais; e outros argumentaram que as campanhas facilitam a execução da política de saúde, auxiliando inclusive no âmbito epidemiológico.

Porém, não faltaram sugestões desses gestores municipais quanto a novos critérios para a definição dos repasses. Dentre os mencionados, salientam: a utilização de critérios epidemiológicos, respeitando as especificidades e o planejamento local; elevação dos valores *per capita* dos repasses fundo a fundo; e a definição de metas e resultados a serem definidos em pactuação. Ainda que possa haver muita polêmica sobre os mecanismos de transferências de recursos, merecem destaque esses pontos levantados pelos gestores uma vez que contribuem para uma alocação de recursos mais eqüitativa em área pública fundamental como é a da saúde.

Além disso, os alertas dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde quanto à operacionalização das atuais formas de transferências adicionam aspectos importantes a serem considerados para a futura agenda de revisão das sistemática de repasses aos municípios, quais sejam: a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade é prejudicada, uma vez que os recursos estão vinculados a programas e ações, não podendo ser remanejados conforme as necessidades em saúde, e a proliferação de contas bancárias individuais vinculadas a cada forma de incentivo aumenta o volume de trabalho contábil, incompatível com

o número disponível de técnicos na área financeira, bem com o conhecimento técnico específico, necessário à melhor gestão dos recursos.

Os resultados apontam para a necessidade de uma maior preocupação com os atuais instrumentos de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos municípios. A reversão das atuais sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde requer uma ampla reforma, de maneira a garantir o avanço do processo de municipalização do SUS e de uma política de saúde universal definida localmente.

O processo de reforma do sistema de saúde, desencadeado a partir da Constituição Federal de 1988, tem inegável saldo positivo. Na esfera do financiamento, contudo, persistem desafios importantes. O baixo valor *per capita* alocado pelo setor público, associado às dificuldades para imprimir velocidade à mudança do modelo de atenção, não permitiram, ainda, viabilizar o real cumprimento de dispositivos constitucionais importantes, particularmente os referentes à universalidade de acesso e à integralidade da atenção (o Brasil é, dentre os países que optaram por sistemas universais, o único em que o gasto privado supera o gasto público). Persistem importantes desigualdades de acesso entre cidadãos residentes nas diferentes regiões do país, não obstante os avanços significativos observados na distribuição inter-regional dos recursos.

Importante mudança de rota também pode ser identificada no processo de descentralização, com alguns aspectos positivos e outros negativos. A maior ênfase na atenção básica e os esforços de reorganizar a oferta de ações e serviços mediante processo de regionalização são, sem dúvida, importantes avanços. Mas, em contrapartida, as estratégias e os mecanismos adotados para o repasse de recursos às esferas subnacionais estão longe de corresponder aos dispositivos

legais que determinam a descentralização do processo decisório e a adequação das ações às necessidades locais.

O processo de descentralização, apresenta uma característica clara: o fortalecimento da presença dos municípios na atenção básica e a restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária. Isso ficou evidenciado pela evolução do número de municípios habilitados segundo a condição de gestão: em dezembro de 1995, um ano após o efetivo início do processo de habilitação na condição de gestão semiplena, havia municípios nessa condição de gestão; em novembro de 1999, o número de municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema alcançava um número superior, apontando o crescimento. Três anos depois, em 2002, eram aumentava o número de municípios em gestão plena. Isso sugere que tenha existido, subjacente às estratégias, intenção de “especializar” a esfera municipal na provisão da atenção básica, reservando aos estados e à União papéis preponderantes na oferta de ações de média e alta complexidade.

Como também foi apontado, o esforço de redistribuir foi ofuscado pelos seus efeitos negativos, em razão das estratégias adotadas, que ocasionaram o enfraquecimento do papel das instâncias subnacionais na gestão do sistema, persistindo como desafio o desenho de políticas que permitam combinar a redistribuição de receitas ao fortalecimento do processo de descentralização e da capacidade de gestão.

A extraordinária fragmentação do repasse de recursos aos municípios tem severas conseqüências sobre a possibilidade de planejamento de ações adequadas para o atendimento das necessidades das populações e a forma centralizada como são definidas as parcelas pode resultar em uma gradual redução da

responsabilidade sanitária dos gestores subnacionais. Mais grave ainda é o risco de que a fragmentação resulte em danos severos ao princípio da integralidade da atenção, dada a possibilidade de que programas e projetos se autonomizem e sejam operados a partir de lógicas diferentes. O princípio legal do comando único do sistema em cada esfera de governo fica comprometido, se não houver autonomia sobre a gestão dos recursos e sobre a possibilidade de programá-los sob a ótica das necessidades da população. Reduz-se também a possibilidade de que o controle social opere induzindo políticas e estratégias mais adequadas.

A expansão do uso de mecanismos de “adesão” no repasse de recursos, mediante convênios ou pactos, por outro lado, restaura o risco de reinstalação de práticas clientelistas. A construção de um sistema que produza efeitos equitativos não pode também restringir-se à redistribuição de recursos destinados o custeio: é imprescindível uma política de investimentos orientada para esse objetivo, que promova a expansão da rede e da oferta de serviços de maneira a viabilizar o acesso, dimensão que ainda não foi objeto de adequada atenção.

O financiamento da saúde pública no Brasil é uma questão não resolvida, isso porque, ao mesmo tempo em que está sendo implementado o Sistema Único de Saúde, enquanto nova engenharia organizacional, agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado brasileiro, limitando o aporte de recursos para a área da saúde.

Simultaneamente, a discussão da reforma do Estado, envolvendo propostas de alterações substantivas em relação as áreas administrativa, previdenciária e tributária, coloca a possibilidade do próprio sistema de saúde vir a ser alterado nos seus fundamentos.

Nessa perspectiva, propostas como a das Organizações Sociais ou mesmo de instituição da cesta básica podem vir a ganhar corpo, na medida que se

extinguirem as fontes de financiamento atuais do sistema e que a escassez relativa de recursos determinar apenas a manutenção dos cuidados com a saúde para a parcela mais carente da população.

A permanência e consolidação do SUS, portanto, está em grande parte na dependência do país resolver seus problemas macroeconômicos, o que lhe permitiria voltar a crescer de forma sustentada. Enquanto permanecer a armadilha juros/câmbio e o elevado déficit público, dificilmente haverá solução para a questão do financiamento da saúde no âmbito do setor público.

A continuar o cenário atual, cada vez mais assistiremos a deterioração do serviço público de saúde.

7.2 Recomendações

Para o êxito conquistado pelos ideais históricos, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, através da incorporação dos princípios ideológicos da população brasileira, as três esferas gestoras do SUS , devem desempenhar suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa.

- Aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Setor, através de sistemas resolutivos, capazes de proporcionar o atendimento das necessidades de saúde demandadas pela população;
- Implementar o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde na busca de maior equidade no atendimento, vencendo o grande desafio do Sistema Único de Saúde;
- Definir em todos os níveis de gestão e de atendimento instrumentos eficazes, de controle e avaliação, possibilitando os ajustes necessários para a evolução do sistema de saúde;
- Institucionalizar nas três esferas do poder público, que no processo de programação da assistência à saúde seja utilizado como instrumento básico o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica e as Conferências de saúde;

- Instituir nacionalmente uma política de investimentos para o setor saúde, que contemple o capital social e operacional, abrangendo a infra-estrutura física e tecnológica, capaz de atender as prioridades e as distorções existentes nas mais diversas regiões do país;
- Priorizar institucionalmente nos poderes públicos, o desenvolvimento de Recursos Humanos do setor saúde, capaz de proporcionar uma nova forma de olhar a saúde;
- Fortalecer a participação social, visando aprimorar as políticas de saúde aos interesses e necessidades da população;
- Implementar o financiamento da Atenção Primária à saúde, visando melhor ordenar os recursos de sistema de saúde;
- Implantar regionalmente em todos os Estados as centrais de regulação da Assistência, que sirva a grupos de municípios dentro do conceito de parceria entre os entes federados, com função de regular, com centrais de marcação de consultas, de exames, de serviços e de internação hospitalar. Associado a um sistema resgate e de atendimento para urgência e emergência.
- Inserir como parte integrante do Sistema de Saúde o processo educativo, adequando as propostas curriculares de graduação para os cursos da área da saúde, capacitando-os para atuação no SUS;
- Fomentar nas três esferas gestoras do SUS a pesquisa científica, tecnológica e a inovação em saúde, visando o aumento da equidade no atendimento à saúde da população;
- Instituir processos permanentes de avaliação de desempenho do SUS, concebendo uma agenda para a implantação do sistema de monitoramento, com estabelecimento de indicadores, métodos e técnicas para exploração e análise dos dados, divulgando-os à população;
- Garantir o aperfeiçoamento da integração e a articulação dos sistemas de informações e bases de dados existentes no âmbito das três esferas gestoras do SUS.
- Estimular espaços institucionais para discussão e avaliação na implantação de ações conjuntas pelas três esferas de governo, visando à garantia da promoção à saúde, meio ambiente e ação social comunitária, por meio das articulações intersetoriais, com a participação popular;
- Definir políticas de contratação e capacitação de profissionais para a Estratégia de Saúde da Família, com garantia de treinamento das equipes, em conjunto com os pólos de educação permanente;
- Regulamentar os Consórcios Intermunicipais de Saúde, garantindo seu funcionamento de acordo com os princípios do SUS;
- Abolir da administração a prática de investimentos, baseada em emendas parlamentares, convênios e subvenções sociais em detrimento de um padrão de investimento estruturado em planos e projetos discutidos nos conselhos de saúde,

- Implantar em todo país o Cartão Nacional de Saúde, visando a organização do Sistema e dos Serviços de Saúde;
- Proporcionar a equidade na alocação de recursos financeiros por parte do nível federal, como diretriz essencial para a redução das desigualdades existentes no país, respeitando as suas demandas e necessidades.
- Garantir o ressarcimento dos planos de saúde privados ao SUS, quando o atendimento dos conveniados for realizado na rede pública;
- Proporcionar a reversão de parte da restituição do imposto de renda dos Planos Privados para o SUS.
- Ampliar o debate sobre o aumento do financiamento do setor público da saúde e a melhor utilização dos recursos, com propostas de modelos de gestão aplicáveis.
- Garantir o cumprimento da emenda constitucional nº 29, regulamentando através de lei complementar, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 332/03 em todas as esferas gestoras do SUS
- Aprovar a Lei de Responsabilidade Sanitária com o fim de dar um arquétipo jurídico e legal de cobranças de responsabilidades pelos poderes judiciários, legislativos e da sociedade civil organizada.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSON, Peter. **Welfare pluralism: para um novo consenso na política social européia?** 1992. Texto mimeo, traduzido por Potyara Pereira. Brasília: NEPPoS/UnB, 1992.
- ACURCIO, F.A. SANTOS, M.A, FERREIRA, S.M.G. **O planejamento local de serviços de saúde.** In: MENDES, E.V. **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: HUCITEC, 1998.
- aids.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. Cap.2, p. 43-68.
- ALBUQUERQUE, P. C., 1994. **Planejamento e participação popular em Saúde: o caso de Duque de Caxias.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ALMEIDA, ES 1995. **Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93.** Tese de livre docência. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- ALMEIDA, M. de e DANTES, M.A.M. **O serviço sanitário de São Paulo, a saúde pública e a microbiologia.** In: Dantes, M.A.M. (org.). **Espaços da ciência no Brasil. 1800-1930.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.
- ALMEIDA, M. H. T., 1996. **Federalismo e políticas sociais.** In: **Descentralização e políticas sociais** (R. B. A. Affonso & P. L. B. Silva, Orgs.), São Paulo: FUNDAP.
- ALVARENGA, L. M. C. A., 1995. **Construindo a Vigilância em Saúde.** Vitória: Secretaria Municipal de Saúde/ Divisão de Vigilância em Saúde. (mimeo).
- ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social. **Análise da seguridade social em 2001.** Brasília: ANFIP, 2002, (texto mimeo).
- AURELIANO, Liana & DRAIBE, Sônia. **"A Especificidade do 'welfare state' brasileiro".** In MPAS/CEPAL, Projeto **A Política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização.** Vol. III. Brasília, 1989.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo.** 8^o ed. São Paulo. Malheiros, 1996.
- BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **O princípio de subsidiariedade.** Rio de Janeiro: Forense, 1997.
- BARJAS, NREGRI, Geraldo Si Giovanni. **Brasil: Radiografia da Saúde.** Campinas, São Paulo: UNICAMP, IE, 2001.
- BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 5-17, 1996.
- BEHRING, Elaine Rossetti, **"As Reformas na política de assistência social: da benemerência ao direito social, da solidariedade às parcerias entre o público e o privado".** In Revista Universidade e Sociedade. n^o 22. Brasília: Andes, novembro 2000.

- BENCHIMOL, J.L. **Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil.** Rio de Janeiro:Fiocruz/UFRJ. 1999.
- BENCHIMOL, J.L. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996. 71p.
- BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2001.
- BEVERIDGE, Sir William. **O Plano Beveridge: relatório sobre o seguro social e serviços afins.** Rio de Janeiro, Ed. José Olympio, 1943.
- BOBBIO, N., MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G., 1997. **Dicionário de Política.** 10ª ed. Brasília: UNB.
- BODSTEIN, R. C. A., 1997. **Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas).** In: **Ciências sociais e saúde.** (A. M. Canesqui, Org.), pp. 219-226, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO.
- BONAVIDES, Paulo. **A Constituição aberta.** 2º ed., São Paulo: Malheiros editores, 1996.
- BOSCHETTI, Ivanete. **"Previdência e assistência: uma unidade de contrários na seguridade Social.** In Revista Universidade e Sociedade. nº 22. Brasília: Andes, novembro 2000.
- BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e previdência - estudos de política social.** São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
- BRASIL MS 1997. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. **Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão.** Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL MS GED 1993. **Descentralização das ações e serviços de saúde e a ousadia de fazer cumprir a lei.** Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS; 2003.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS; 2003.
- BRASIL, Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, publicada** no DOU de 8 de dezembro de 1993.
- BRASIL, Presidência da República. **Lei Orgânica da Previdência Social, nº 8213, de 24 de julho de 1991,** atualizada e publicada no DOU de 11 de abril de 1996.
- BRASIL, Presidência da República. **Lei Orgânica da Seguridade Social, nº 8212, de 24 de julho de 1991,** atualizada e publicada no DOU de 11 de abril de 1996.
- BRASIL, Presidência da República. **Leis Orgânicas da Saúde, nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 e Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.**
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Atualizada, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 1994. **Descentralização e gestão dos serviços de saúde: uma avaliação do SUS - Região Sudeste.** UERJ, (mimeo).

BRESSER PEREIRA, L. C. & SPINK, P. K. (Orgs.), 1998. **Reforma do Estado e administração públicos gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

BRUYNI, Paul De **Dinâmica da pesquisa em Ciências sociais**. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1990.

BUENO WS & Merhy EEI 1997. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Seqüência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96 (mimeo).

CAMPOS, Francisco E; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lidia M. **Legislação Básica do SUS**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.161 p.(Cadernos de saúde, 3)

CAMPOS, Francisco E; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lidia M. **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.102 p. (Cadernos de saúde, 2)

CARDOSO, R. C. L., 1987. **Descentralização administrativa e política local de saúde**. São Paulo, CEBRAP.

CARVALHO AI, Gawryszewski V, Mendonça MH, Moises NM e Tobar F 1993. Os **caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro**. Revista Saúde em Debate, CEBES, Londrina, 38: 49-54.

CARVALHO, A. I., 1997. **Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado**. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. (S. Fleury, Org.), pp. 93-112, São Paulo: Lemos editoriais.

CARVALHO, Guido Ivan de e SANTOS. Lenir. **Sistema Único de Saúde**. 2º ed. São Paulo: Hucitec. 1995.

CEFOP. **Breve história das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo, s.d. (mimeo)

CHALHOUB, S. **Cidade febril. Cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Cia das Letras. 1996.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

COHN, Amélia. **"Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil"**. In LAURELL, Ana Cristina (org.) **Estado e políticas sociais no capitalismo**. São Paulo, Ed. Cortez/CEDEC, 1995a.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DALLARI, S. G., ADORNO, R. C. F., FARIA, M. M., SHUQAIR, N. S. & TREWIKOWSKI, S., 1996. **O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde**. Cadernos de saúde Pública. Rio de Janeiro, 12(4): 531-540, out-dez

DELGADO Guilherme et alli. **"A Participação social na gestão pública: avaliação da experiência do Conselho Nacional de Previdência Social (1991-2000)"**. In IPEA, Texto para Discussão nº 909, Brasília, 2002.

DONNANGELO, Maria C.F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. Pioneira: São Paulo, 1975, 174 p.

- SCOREL, S., 1987. **A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ESPEZIM, C, A. Regionalização da Saúde: **Um estudo da percepção dos gestores municipais de saúde no Estado de Santa Catarina 1998**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. **"As Três economias políticas do 'welfare state'"**. In Revista Lua Nova nº 24, São Paulo, éd. CEDEC, setembro 1991.
- FERNANDES, Anníbal. **Previdência Social Anotada: Plano de Custeios e Benefícios**. 6ª ed.. São Paulo: EDIPRO, 1998.
- FERREIRA, L.O. **Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43)**. História, Ciências, Saúde (Manguinhos); 6:331-51. 1999.
- FIGUEIREDO, R. & LAMOUNIER, B., 1997. **As cidades que dão certo: experiências inovadoras na administração pública brasileira**. Brasília: MH Comunicação.
- FLEURY, S., 1997. **A questão democrática na saúde**. In: **Saúde e democracia: a luta do CEBES** (S. Fleury, Org.), pp. 25-41, São Paulo: Lemos editoriais.
- FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v.49, n.3, p.85-100, 1998.
- GERSCHMAN, S., 1995. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- GOMES, Orlando e GOTTSCHALK, Elson. **Curso de Direito do Trabalho**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.
- GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1979,225 p.
- HEIMANN LS et al. 1998. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas**. Relatório Final. São Paulo, Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde/SES/SP.
- HORTA, Raul Machado. **Estudos de Direito Constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.
- IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Editora da UNESP, 1994.
- JACOBI, P., 1989. **Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde**. São Paulo: Cortez.
- JULIÃO, Pedro Augusto Musa. **Curso Básico de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- JÚNIOR, Cesarino e FERREIRA, Antônio. **Direito Social**. Vol. I, 2ªed. São Paulo: LTr, 1993.
- KELSEN, Hans. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. São Paulo, Atlas,1992.
- LEITE, Celso c. **A crise da Previdência social**.Rio de Janeiro: Zahar, 1981, 72.

LEITE, M.S.P. Políticas sociais e cidadania. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 117-131, 1991.

LEVCOVITZ E 1997. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde de 1974 a 1996**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LEVCOVITZ E. 1999. **Financiamento e relações entre esferas de governo na implementação do SUS: as Normas Operacionais Básicas de 91/92, 93 e 96**. Notas de aula elaboradas em maio de 1999 para a disciplina Análise do Sistema e das Políticas de Saúde (mimeo).

LIMA LD 1999. **O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LUCCHESI PTR 1996. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde; retrospectiva 1990/1995**. Planejamento e Políticas Públicas/IPEA, 14: 75-156.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

MACHADO CV 1999. **Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório acerca das modalidades de gerência nos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro nos anos 90**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 13a. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MATTOS, R.A. **Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro**. In: PARKER, R., GALVÃO, J., BESSA, M.S. (orgs.) **Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à aids no Brasil**. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Ed.34, 1999.

MEDICAC 1994. **Economia e financiamento do setor saúde**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP.

MENDES, E. V. (Org.). 1993a. **As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde** (E. V. Mendes, Org.), pp. 19-92, São Paulo: Hucitec.

MENDES, E. V. (Org.). 1993. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec.

MENDES, E. V., TEIXEIRA, C. F., ARAUJO, E. C. & CARDOSO, M. R. L., 1993. **Distrito sanitário: conceitos-chave**. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde** (E. V. Mendes, Org.), pp. 159-186, São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O., 1993. **Quantitativo - Qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul./set., pp. 239-262.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle de Endemias**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: MS, 1998. 45p.

MONTEIRO DE ANDRADE, Luiz Odorico. **SUS passo a passo**. São Paulo, Sobral: HUCITEC, UVA. 2001.

MORAES, Eliana Aparecida Silva de. **O poder regulamentar e as competências normativas conferidas à Agência Nacional de Vigilância Sanitária** in **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo: LTR. Mar/2001.

NICZ, Luiz F. **Previdência social no Brasil**. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E., 1994. **AIS-SUDS-SUS: os caminhos dos direitos à saúde**. In: **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80** (R. Guimarães & R. A. W. Tavares, Orgs.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

OLIVEIRA JR, Mozart. O financiamento da área social e do SUS no Brasil. In: Planejamento e Gestão em Saúde. **Cadernos de Saúde**, Vol 1, Belo Horizonte, COOPMED, 1998.

OLIVEIRA, Francisco Barreto de, & BELTRÃO, Iwakami Kaizô, **Impactos da seguridade social: alguns aspectos conceituais**, Brasília, IPEA, TDI nº 379, agosto 1995.

PÊGO, R. A., 1993. **Movimentos sociais na saúde e identidades coletivas**. In: **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. (R. C. de A. Bodstein, Org.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

PESSOA, S.B. **Problemas brasileiros de higiene rural**. São Paulo:Renascença. 1950.

PIZA, J.T. **Esboço histórico da incidência de algumas moléstias infectuosas agudas em São Paulo**. Arquivo Higiene Saúde Pública; 29:7-46. 1964.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p.

RODRIGUES, C. **A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50)**. História, Ciências, Saúde (Manguinhos); 6:53-80. 1999.

RODRIGUEZ NETO, E. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE.NESP. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde**. Brasília: MS, 1998. p.7-17.

SALAVADOR, ANGELO DOMINGOS. **Métodos e Técnicas de pesquisa bibliográfica**. Porto Alegre. Sulina, 1970.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**, Porto Alegre, LPM Editores, 1987.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Tapiri Vídeo produções. 1992.

SILVA, Kleber Pinto. **A Cidade, Uma Região, O Sistema de Saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas - SP**. Campinas: Área de Publicações CMU/UNICAMP, 1996. (Coleção Campiniana).

SILVA, L.J. **A evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Funcraf. 1999.

SILVA, L.J.; CANESQUI, A.M. **Política de controle da Esquistossomose no Brasil**. Mem Inst Oswaldo Cruz; 84 (suppl 1):220. 1989. SOARES, Laura Tavares. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

SOUZA, M. F. M. & KALICHMAN, A. O., 1993. **Vigilância à Saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida**. In: **Epidemiologia e saúde** (M. Z. Rouquayrol, Org.), Rio de Janeiro: Medsi Editora.

TAUIL, P. **Malária: agrava-se o quadro da doença no Brasil**. Ciência Hoje; 2(12): 58-64. 1984.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (org.) **Políticas, instituições e**

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. **O direito regulatório do Estado Social e as normas legais de saúde pública** in **O Direito Sanitário na Constituição brasileira de 1988: normatividade, garantias e seguridade social**. Brasília, 1994.

UNGLERT, C. V. S., 1993. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde** (E. V. Mendes, Org.), pp. 221-236, São Paulo: Hucitec.

VIANNA, M.L.T.W. Notas sobre política social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 133-159, 1991.

WALDMAN, E. A; SILVA, L.J. da; Monteiro, C.A. **"Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera"**. In: Monteiro, C.A. (org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. 2a edição São Paulo: Hucitec/Nupens-US., 2000.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)