

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**Descentralização ou Desconcentração:
AIS — SUDS — SUS**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Mercêdes Moreira Berenger

Rio de Janeiro, 1996

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**Descentralização ou Desconcentração:
AIS — SUDS — SUS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR
Mercêdes Moreira Berenger

E APROVADA EM 12/03/1996
PELA COMISSÃO EXAMINADORA

Paulo Reis Vieira

PAULO REIS VIEIRA — Doutor em Administração Pública -(PhD)

Diana Maul de Carvalho

DIANA MAUL DE CARVALHO — Mestre em Saúde Pública

Paulo R. de Mendonça Motta

PAULO R. DE MENDONÇA MOTTA — Doutor em Administração Pública -(PhD)

199606 861

T/EBAP B488d



1000065512

Sumário

Resumo.....	5
Abstract.....	6
Apresentação.....	7
Capítulo I - O problema e a metodologia do estudo.....	8
Capítulo II - Descentralização: conceitos e pré-conceitos.....	14
Capítulo III - Descentralização e contexto.....	22
Capítulo IV - Apresentação dos dados.....	41
Capítulo V - Discussão e conclusões.....	55
Referências bibliográficas.....	75

Lista de Quadros

Quadro IA. Propostas de reordenação do setor saúde - 1980/1990 - Grupo I	43
Quadro IB. Propostas de reordenação do setor saúde - 1980/1990 - Grupo II	47
Quadro IC. Propostas de reordenação do setor saúde - 1980/1990 - Grupo III...	49
Quadro ID. Propostas de reordenação do setor saúde - 1980/1990 - Grupo IV...	51
Quadro II. Comparação das propostas: AIS — SUDS — SUS.....	53

Resumo

O processo de centralização vigente no setor saúde desenvolveu-se utilizando-se fortemente o mecanismo de desconcentração. A análise das três propostas de reorganização do setor saúde, no período de 1983 a 1990, aponta para uma mudança de estratégia no mecanismo de desconcentração. Anteriormente, os órgãos centrais dispunham de estruturas desconcentradas atuando nos níveis intermediários e locais. A partir de 1983 observa-se a tendência da atuação dos níveis intermediários e locais como instâncias desconcentradas do nível central. Portanto, a desconcentração é um processo em curso no setor. A desconcentração pode assumir sentidos distintos, isto é, pode ser uma estratégia de fortalecimento e atualização da centralização ou pode ser uma estratégia de fortalecimento dos níveis intermediários e locais, e, portanto, facilitadora e promotora da descentralização. Considerando o contexto delineado para o setor saúde no Brasil, caberia investigar qual o atual sentido da desconcentração.

Abstract

The current centralization process on the health area has occurred by means of a strong deconcentration mechanism. The analysis of the three proposals for the reorganization of the health area, within the period 1983-1990, aims at a change of strategy in the deconcentration mechanism. Previously, the central institutions kept deconcentrated structures acting over intermediate and local levels. As from 1983, the trend is to observe intermediate and local levels operating as deconcentrated structures. Therefore, deconcentration is in fact occurring in the health area. Deconcentration may have two different aims, i.e., it can be a strengthening and updating strategy for centralization or it can be a strengthening strategy at intermediate and local levels, and, therefore, a tool to facilitate and promote decentralization. Taking into consideration the historical development of the health area in Brazil, it would be necessary to investigate the present purpose of deconcentration.

Apresentação

A escolha da descentralização como tema de dissertação do curso de mestrado deveu-se à persistência dessa questão no âmbito do setor saúde, atualizada no Sistema Único de Saúde - SUS, a mais recente política de saúde adotada no país, e ao desenvolvimento de trabalhos anteriores envolvendo a regionalização e a municipalização dos serviços de assistência à saúde, que se constituem em modalidades de descentralização.

No período de 1983 a 1990 foram formuladas, no Brasil, três propostas de reordenação para o setor saúde, todas apresentando a descentralização como modelo de organização a ser alcançado. No entanto, a organização do setor saúde no país, até então, caracterizou-se por apresentar tendência fortemente centralizadora. Assim, tendo como ponto de partida a proposição de uma organização descentralizada para o setor saúde, este trabalho procurou, a partir da comparação das três políticas formuladas, identificar a tendência do processo de redistribuição de poder no setor.

O tema foi dividido em cinco capítulos, da seguinte forma: o Cap. I (*O problema e a metodologia do estudo*) define a abrangência e as questões que motivaram o estudo e o modo como foram tratados os dados; o Cap. II (*Descentralização: conceitos e pré-conceitos*) identifica o tema e os significados dos termos principais, além de apontar os cuidados que se deve ter no tratamento do tema; O Cap. III (*Descentralização e contexto*) reúne informações que visam delinear o contexto do setor saúde, criando referencial para a análise dos dados; o Cap. IV (*Apresentação dos dados*) delinea o contexto específico das políticas em apreço e apresenta cada uma das políticas consideradas, segundo a letra da lei; finalmente, o Cap. V (*Discussão e conclusões*) apresenta a discussão das três propostas e nossas conclusões acerca do assunto.

Capítulo I

**O Problema
e a Metodologia
do Estudo**

A descentralização apresenta-se como questão emergente desde os primórdios da constituição do setor saúde, como pode ser constatado pela leitura de diversos autores.

Após a Independência, foi promulgada aos 30 de agosto de 1828 a Lei de Municipalização dos serviços de saúde, que conferia às Juntas Municipais, então criadas, as funções anteriormente exercidas pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus Delegados. Todavia, foi retirado das mesmas Juntas o direito de cobrar tributos sanitários e de julgamento dos casos, transferidos estes a justiça comum.¹

(...) em 1926, (...) discutia-se nesses termos: Deve ser transitória a interface das autoridades sanitárias federais nos Estados, como transitória deve ser a ação das autoridades sanitárias estaduais sobre os municípios(...) os serviços sanitários precisam ser, cada vez mais, municipalizados.²

No entanto, a organização deste setor caracterizou-se por duas tendências marcantes, quais sejam (1) a centralização crescente com desenvolvimento de mecanismos e conseqüentemente de estruturas desconcentradas e (2) duplicidade institucional e até mesmo antagonismo na atuação das organizações do nível central.

Na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1953, um dos quatro temas oficiais foi “Municipalização dos serviços de saúde”, que apresentou como recomendação final: “Que os governos federal, estaduais e municipais estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país.”³

A partir da década de 1970 observa-se a emergência de propostas de integração e, mantendo a tradição no plano do discurso, de descentralização do setor. Tais propostas não conseguem expressão operacional, e somente na década seguinte iniciam-se mudanças substanciais na organização do setor saúde que buscam reverter as tendências assinaladas.

No período de 1983 a 1993 é possível identificar três movimentos com repercussões importantes na configuração do setor saúde: **Ações Integradas de Saúde – AIS** (1983-1987), **Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS** (1988-1989) e **Sistema Único de Saúde – SUS** (a partir de 1990).

A existência de três propostas de reorganização do setor saúde, num período de 10 anos, tempo que pode ser considerado escasso para mudanças estruturais, suscitou a questão da continuidade/descontinuidade das políticas de saúde neste período. Essas propostas configuram-se como etapas de um processo maior ou cada uma delas constitui-se num momento particular e independente?

A opção pela organização descentralizada presente nas três propostas acima relacionadas, denuncia a tendência centralizadora até então vigente no setor e faz indicação da intenção de fomentar o processo de redistribuição do poder do

Estado do nível central para os níveis locais, onde estes passariam a ter poder no planejamento, gestão e tomada de decisão nas políticas de assistência à saúde.

Qual a tendência nesse período, do processo de redistribuição de poder? Centralização? Desconcentração? Descentralização? Que mudanças estão previstas tanto para o nível central como para o nível local nas políticas propostas?

Uma vez delineadas tais questões, optou-se por comparar as três propostas – AIS, SUDS e SUS – e verificar qual a tendência do processo de descentralização nelas apresentada.

MATERIAL

Para comparar as três propostas de ordenação do setor saúde e verificar qual a tendência da descentralização elegeu-se como elemento principal o instrumento jurídico que institui cada uma das propostas. Dessa forma, organizou-se o seguinte conjunto de **documentos de referência**:

AIS: Resolução nº CIPLAN-6 de 03 de Maio de 1984, que aprova o documento “Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde”.⁴

SUDS: Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS).⁵

SUS: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente.⁶

A leitura desses documentos mostrou diferenças nos seus conteúdos, principalmente em relação ao SUDS, cuja formulação legal é por demais sucinta, indicando a necessidade de se selecionarem outros instrumentos de apoio. Procedeu-se então à leitura da “Coletânea de Legislação Básica do SUDS”,⁷ da “Coletânea de Legislação Básica”⁸ referente ao SUS e grande parte das Resoluções CIPLAN referentes às AIS.

Tomar esse novo conjunto como referência para análise apresentava diversos impasses: as AIS e o SUDS são propostas concluídas com extenso material de regulamentação, e o SUS está apenas começando. Portanto, seria necessário proceder a uma análise interna de cada propostas, antes de se fazer a comparação, o que ampliaria por demais o escopo da dissertação. No entanto, a leitura desse material permitiu selecionar alguns instrumentos de apoio. Optou-se por documentos que fossem de caráter geral e que tivessem uma proximidade temporal com o documento principal.

Assim definiu-se um segundo conjunto de **documentos de apoio**:

AIS: Resolução nº CIPLAN-7, de 03 de Maio de 1984, que aprova o documento “Ações Integradas de Saúde – Orientação para Programação e Avaliação Conjunta”.⁹

SUDS: Exposição de Motivos dos Ministros da Saúde e da Previdência Social ao Presidente da República, de 10 de julho de 1987.¹⁰

SUS: Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde.¹¹

O documento de apoio da proposta SUS, embora de caráter específico, foi selecionado por referir-se à estrutura de gestão, que é uma dos critérios de comparação.

MÉTODO

Para operacionalização da comparação, tornou-se útil padronizar as informações. Para tanto, definiu-se um conjunto de critérios decorrente dos dados disponíveis nos documentos e do objetivo inicialmente estabelecido.

Na composição dos critérios para a proposta SUDS, considerando que o documento principal traz poucas informações, utilizou-se principalmente o documento de apoio que não itemiza as informações como os demais documentos. Portanto, as informações para compor os critérios foram uma interpretação do texto do que seriam objetivo, princípios e diretrizes.

Grupo 1. Identificação da proposta

Origem. Referências técnicas e políticas que fundamentam as propostas.

Instrumento jurídico. Tipo de documento que dá respaldo legal à proposta.

Definição. Qual a natureza da proposta.

Grupo 2. Refere-se à missão, à razão de existir e também o que se deseja alcançar

Finalidade. A missão, a causa final, a que exigências atende.

Objetivo. Alvo a ser atingido, o que a proposta pretende alcançar em termos operacionais.

Grupo 3. Refere-se aos condicionantes da ação, às proposições às quais está subordinado todo desenvolvimento posterior da proposta.

Princípios e diretrizes. Os valores e os condicionantes da ação.

Grupo 4. Organiza as informações sobre a dinâmica de distribuição do processo decisório.

Estrutura de gestão. O tipo de organização administrativo-gerencial

A composição das informações segundo os critérios estabelecidos organizou o Cap. IV (*Apresentação dos dados*) e os quadros *Propostas de reordenação do setor saúde* (Quadro IA, B, C, D).

Que tipo de conexão pode ser estabelecido entre as três propostas de reordenação do setor saúde formuladas no período 1983/93? Qual a coerência entre elas? Apresentam uma continuidade e um efeito sidérico em relação ao processo de descentralização ou representam movimentos pontuais, distintos e mesmo antagônicos?

Para responder a essas questões, definiu-se que a análise comparativa das propostas deveria identificar os seus elementos comuns e os seus elementos diferentes, buscando os pontos de convergência e os pontos de divergência entre elas, assim definidos:

Elementos comuns. Aqueles presentes em todas as três propostas, o que pertence a todas.

Elementos diferentes. Aqueles que são privativos ou exclusivos de uma proposta, o que põe em evidência o que é particular de cada uma.

Pontos de convergência. Aqueles que contribuem, concorrem para um mesmo fim, o que aproxima, estabelecendo uma relação simpática, de conformidade.

Pontos de divergência. Aqueles que, por oposição, tornam-se obstáculo, o que caminha em sentido contrário.

A comparação das propostas organizou o Quadro II.

No processo de comparação das propostas, e tendo como referência os elementos dos Cap. II e III, três conceitos emergiram como importantes para compreensão do processo de descentralização no âmbito do setor saúde, no Brasil, na década de 80: desconcentração, coordenação do setor e redistribuição de poder.

Desconcentração. O Cap. III discorre sobre a forte tendência de centralização do nível federal no setor saúde e sobre a organização desconcentrada das duas principais instituições do setor, Ministério da Saúde – MS e o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. O Cap. II apresenta a desconcentração como um processo que pode acrescentar eficácia à centralização ou atenuar a centralização, quando então é acompanhada da descentralização. Qual a expressão do processo de desconcentração nessas propostas?

Coordenação do setor. Característica marcante apresentada no Cap. III é a existência de duas instituições, dois ministérios com atuação efetiva e expressiva no setor saúde. As formulações das propostas de reordenação do setor – AIS, SUDS, SUS – apresentam a seqüência: integrada-unificado-único. No período considerado ocorrem mudanças no nível federal alterando a situação de duplicidade na ordenação do setor. Qual a atual composição do nível federal?

Redistribuição do poder. O Cap. III mostra que, embora o Brasil seja, constitucionalmente uma república federativa integrada por três esferas de governo – federal, estadual e municipal – condição favorável à descentralização, o país atravessou grande parte deste século sob a forma de Estado unitário, com esvaziamento das esferas estaduais e municipais. No processo de descentralização desloca-se o poder para os níveis periféricos. Para qual nível de governo estas propostas prevêm a devolução de poder?

Capítulo II

Descentralização: conceitos e pré-conceitos

O ENTENDIMENTO DO CONCEITO

Para melhor compreensão dos termos essenciais, atividade fundamental ao desenvolvimento do trabalho, buscou-se inicialmente precisar qual o seu significado. No entanto, a diversidade de significados desses termos, encontrada nos textos de referência, e a variedade de situações que podem ser denominadas pelos termo descentralização mostrou ser conveniente apontar os cuidados que se deve ter ao tratar do tema descentralização e a delimitação de cada termo.

A etimologia e o uso comum do termo descentralização encontrado em dicionários¹² relaciona as seguintes idéias: (1) uma, de caráter dinâmico, refere-se ao deslocamento (retirar, separar) de algo de um lugar “centro” para outro lugar “periferia”; (2) outra, de caráter estático e eminentemente topográfico, implica a relação espaço-lugar, isto é, não-centro-periferia. Uma terceira idéia é suscitada pela pergunta: O que é retirado do centro para a periferia? A natureza política da terceira idéia é inerente ao conceito de autogoverno (autonomia) encontrada no uso comum do termo e que remete à questão do Poder.

Portanto, é do lugar do Poder que em última ou em primeira instância, fala a descentralização. Aqui importa tratar especificamente de um tipo de poder — o poder público — considerando que o objeto de interesse desta dissertação é a expressão de uma função pública: as políticas de assistência à saúde.

A descentralização é um termo intimamente relacionada à organização do Estado. Puelma¹³ apresenta a descentralização como uma das formas principais de organização administrativa do Poder Executivo. Reis Vieira¹⁴ destaca a importância dessa relação quando afirma:

Centralização e descentralização constituem o problema principal quando se estuda governo local. Nos processos políticos e administrativos de governo é universal o problema de saber por que, como e quando descentralizar.

Portanto, o termo descentralização será tratado aqui na sua acepção de elemento organizador da dinâmica de distribuição de poder; desse modo torna-se evidente a dupla natureza do fenômeno descentralização, administrativa e política

OS PRÉ-CONCEITOS

Antes de tentar precisar as características constitutivas do fenômeno descentralização, cabe considerar alguns pontos destacados na literatura especializada, que mostram os cuidados que se deve ter no tratamento deste

tema. Apontam para os encobrimentos, para os deslocamentos que o termo descentralização vem sofrendo ao longo do tempo. A iniciativa de explicitar esses pontos cumpre com a finalidade de desvelar o sentido mais próprio do termo. Tem a intenção de, como diz Laboritt:¹⁵

(...) recolocar no justo lugar certos conceitos, mostrando, pela exposição cada vez mais exata do mecanismo de formação desses conceitos, a parte de preconceitos, de julgamentos de valor, de desejos insaciados, de angústia irredutível, de automatismos religiosamente transmitidos de geração em geração, que os obstruí. (...) talvez (...) assim (...) de nos aproximar da Realidade (...) mesmo que nunca cheguemos a conhece-la.

O primeiro ponto a ser considerado é a impossibilidade de tratar o termo descentralização isoladamente, isto é, sem a consideração de seu oposto complementar a centralização.

Essa impossibilidade fundamenta-se nos argumentos encontrados em Monaco¹⁶ de que, de um lado, a descentralização total leva à ruptura da própria noção de Estado, e, de outro, o caráter utópico de uma centralização total no Estado moderno, frente à abrangência e à complexidade de suas finalidades e funções. Baseados neste mesmo argumento Palma e Rufian¹⁷ assinalam o bloqueio decisório numa situação de centralização absoluta no Estado moderno.

Mota e Pereira,¹⁸ tratando do tema no âmbito das organizações, também apontam a abrangência e complexidade das empresas como uma impossibilidade à centralização total e apontam a descentralização como uma necessidade.

Assim como afirma Monaco,¹⁶ centralização e descentralização totais são figuras encontradas na sua totalidade somente em teoria. Essa mesma idéia é defendida por Reis Vieira⁸ e Palma e Rufian¹⁷.

A observação de realidades concretas tem forjado afirmativas como a de Monaco,¹⁶

(...) todos os ordenamentos jurídicos positivos são parcialmente centralizados e, em parte, descentralizados, isto é, que considerada a centralização e a descentralização como dois possíveis valores, não existe um sistema político administrativo que esteja exclusivamente orientado para a otimização de um ou de outro. (...) na prática a presença de um ou de outro princípio parece essencial e estaremos assim em presença de um fenômeno de recíproca adaptação.

de Apthorpe y Conyers *apud* Mills,¹⁹

En cualquier sistema de salud se necesitan elementos centrales y locales; lo que hay que determinar es el equilibrio que conviene conseguir, la dirección en que un país en concreto debe avanzar y los medios de que dispone para alterar el equilibrio existente.

de Palma y Rufian,¹⁷

No obstante es preciso tener en cuenta que las situaciones que aparecen en los países no son puras; no hay sistemas centralizados, descentralizados y desconcentrados sino una variedad de graduaciones en todos ellos.

de Mota e Pereira,¹⁸

Determinar se uma organização é centralizada ou descentralizada é um problema de grau. Toda organização é, até certo ponto, centralizada, da mesma forma que é, até certo ponto, descentralizada.

O risco e as conseqüências teóricas do não-reconhecimento dessa impossibilidade é ressaltado por Reis Vieira¹⁴ quando afirma que tratar a centralização e a descentralização como modelos antitéticos, como expressões dicotômicas geralmente leva a polarização de valores, trazendo como conseqüência o tratamento da questão “numa perspectiva muito acanhada”.

Do mesmo modo Arthorpe y Conyers(Mills¹⁹) ressaltam que a identificação da centralização e da descentralização como estados claramente definidos, completamente opostos e portanto mutuamente excludentes não só simplifica excessivamente a questão como, mais grave ainda, leva à distorções na análise do problema. Ambos propõem, portanto, considerar a centralização e a descentralização “como os extremos opostos de um longo espectro”¹⁴ ou “como um movimento entre dois polos”¹⁹

Expressão do equivoco de tratar a centralização e a descentralização como posições bem definidas e contrapostas, como termos antitéticos, é a tendência generalizada, encontrada no senso comum e mesmo em alguns textos especializados, de atribuir à descentralização valor positivo e à centralização valor negativo. Assim afirma Reis Vieira¹⁴ que a centralização tem geralmente sentido pejorativo, estando freqüentemente associada a noções como autoritarismo e autocracia, e a descentralização associa-se idéias como liberdades individuais e autogoverno democrático.

Monaco¹⁶ faz interessante observação, que merece ser reproduzida, mesmo que extensa, pois coloca com clareza o ponto que se deseja evidenciar:

A centralização é autoritária e governista, a descentralização é uma força liberal e constitucional; esta afirmação resume as posições da doutrina predominante [do século passado] (...). Desde aquele tempo esta afirmação teve sucesso, apesar de arbitrária e fundamentada na observação de uma realidade circunscrita e contingente. Apesar disso, ela foi mantida sem crítica no curso dos anos até a época atual. Deste modo, continua-se a sustentar uma estreita conexão da descentralização com a liberdade e com a democracia. O erro consiste no fato de ter partido (...) de uma distinção dicotômica, (...) os dois termos entendidos como posições bem definidas e contrapostas.

Conseqüente à identificação da descentralização como um bem e o reconhecimento deste como um valor fundamental, ocorre que todos advogam a descentralização como algo a ser conseguido, encobrendo por vezes o real sentido do processo que leva o nome de descentralização.

Belmartino²⁰ observa que:

Tal como se ha puesto de manifesto (Herzer y Pirez, 1988) es difícil encontrar hoy algun gobierno, partido político, agencia internacional o investigador de las ciencias sociales que se oponga a la descentralización.

Portanto, adverte Monaco¹⁶ da necessidade de se verificar, num determinado momento histórico, a que ideologia está vinculada a descentralização

(...) visto que somente deste modo será possível estabelecer se a descentralização se efetua ou se em seu lugar atua uma descentralização fictícia e aparente, cujas motivações profundas devem ser pesquisadas. Contemporaneamente será possível apurar se a persistência da idéia de descentralização traduz a permanência de valores e de ideologias do precedente período ainda válidos na realidade atual ou se estamos nos defrontando com algo novo que poderá trazer possibilidades de um conflito de valores. Torna-se assim quase inevitável a indagação se a noção de descentralização não constitui, freqüentemente, uma espécie de cobertura para debates que focalizam substancialmente, (...), valores bem mais profundos que dizem respeito à vida social.

Finalmente, e mesmo correndo o risco de ser repetitivo, cabe transcrever algumas passagens de Motta e Pereira ¹⁸ que tratando da centralização e da descentralização no âmbito das organizações intitulam a questão da seguinte forma: “A descentralização como uma ideologia e uma necessidade.”

Poucos problemas, no campo da Administração, tem sido tão discutido quanto o da medida em que uma organização deve ser centralizada ou descentralizada. Tal interesse (...) é relativamente recente, surgiu após a segunda grande guerra. Na verdade, poderíamos dizer que a descentralização atualmente, está na moda. Mais do que isso, é considerada a panacéia universal. Lá (...) nos EUA (...) a descentralização tornou-se um evangelho dos administradores.

Na verdade, encarada nestes termos, a descentralização transforma-se em uma ideologia política, ou pelo menos em uma peça de um sistema ideológico maior. Não cremos, porém, que tenham sido motivos de ordem política ou moral que tenha determinado o movimento de descentralização que ocorreu nos E.U.A. Esses motivos constituíram-se em uma inteligente racionalização "a posteriori". Justificavam a descentralização e envolviam-na numa aura quase mística que lhe dava mais força. Não cremos inclusive, que os objetivos da descentralização verificados na empresa americana tenham sido a democratização da empresa, o estabelecimento (...) de práticas mais permissivas, a redução do controle da administração de cúpula sobre o resto da empresa.

Os objetivos da descentralização eram mais práticos. Ao invés de diminuir o controle sobre a empresa visava aumenta-lo. Apenas diante do enorme crescimento das organizações e da crescente complexidade de sua administração era preciso encontrar outros meios de comando e controle. A descentralização foi um deles. Seu objetivo era o objetivo de todos os atos administrativos racionais: aumentar a eficiência das empresas, mantendo seu controle firmemente nas mãos da alta administração.

As considerações apresentadas até aqui recomendam caminhar com cuidado através do tema descentralização; esse cuidado torna-se redobrado quando tentamos uma definição mais precisa do termo.

Além de servir como denominação a processos que assumem características específicas na dependência do contexto particular onde a descentralização/centralização ocorre, o que por si só cria uma multiplicidade de coisas que recebem o mesmo nome, esses termos assumem significados diferentes na literatura especializada, onde também solicitam outros termos como: desconcentração, delegação, devolução de poder, os quais desdobram o sentido original.

Oslak²¹ aponta a diferença de significado que assume o conceito de descentralização na bibliografia anglo-saxônica e na francesa como um dos motivos da confusão no uso do termo na literatura especializada.

Afirma o autor que na Inglaterra e Estados Unidos este conceito é empregado de modo genérico:

Es en este sentido que Rondinelli define descentralización como: “la transferencia de la responsabilidad en materia de planificación, gestión, obtención y asignación de recursos desde el gobierno central y sus agencias hacia: a) las unidades de campo de estos organismos del gobierno central; b) las unidades o niveles gubernamentales subordinados; c) las autoridades regionales o funcionales con alcance geográfico; y d) las organizaciones privadas o voluntarias no gubernamentales” (...) abarca, así, fenómenos tales como, desconcentración, delegación, devolución y privatización.

E na literatura francesa o termo descentralização tem uso mais restrito:

Un uso más ajustado de lo que nosotros entendemos por descentralización es el empleado por la literatura francesa. En la misma se considera que la descentralización supone la transferencia de poderes desde el nivel central a una autoridad de un área o de una función especializada, con distinta personería jurídica. Por otra parte, se distingue dicha descentralización de la desconcentración que es el equivalente francés de lo que habitualmente se entiende por descentralización administrativa, es decir el traspaso de atribuciones o responsabilidades de ejecución a niveles inferiores dentro del gobierno central y sus agencias.

Um exemplo dos problemas terminológicos é encontrado em Palma e Rufia¹⁷ quando dizem do consenso em considerar o conceito de descentralização funcional como um conceito forçado:

De todas formas existe un cierto consenso doctrinal en considerar el concepto de descentralización funcional como un concepto forzado. En el realidad su empleo fue admitido en un momento histórico determinado en Francia y España para no establecer sistemas de descentralización territorial que estaban siendo reclamado por los regionalistas franceses y españoles. El término hoy día genera confusión porque "oculta la realidad de las cosas: la concentración del poder de decisión en manos de la administración centralizada.

OS TERMOS ESSENCIAIS

Nos textos de referência encontrou-se um conjunto de termos relacionados ao fenômeno descentralização, tais como: centralização, descentralização funcional, descentralização territorial, descentralização geográfica, descentralização zonal, descentralização administrativa, descentralização política, descentralização institucional, desconcentração, desconcentração funcional, desconcentração territorial, delegação, devolução de poderes e privatização.

Considerando que neste trabalho importa verificar onde está o Poder, isto é, que esfera de governo detém poder na organização da assistência à saúde, e não quais as formas particulares ou quais os critérios utilizados na distribuição do poder, cabe adotar definições apenas para os seguintes termos: centralização, descentralização e desconcentração.

Centralização

Campos, citado por Puelma,¹³ diz que a centralização ocorre quando o poder público se torna o centro unificador de todas as funções públicas e as exerce numa congestão de autoridade pública.

A definição de centralização encontrada em Reis Vieira¹⁴ mostra-se bastante útil, pelo aspecto nela considerado, aos propósitos desse trabalho. Portanto, **centralização** assume aqui o significado de: “a tendência para concentrar a formulação da política local ao nível central.”¹⁴

Descentralização

Palma e Rufian^{17,22} afirmam que o conceito de descentralização implica fundamentalmente as seguintes idéias: redistribuição do poder do Estado, nítida separação entre as competências das administrações envolvidas no processo, existência de autoridades eleitas democraticamente e participação social.

Os aspectos destacados na definição encontrada em Mills¹⁹ tem grande pertinência com os propósitos desse trabalho. Portanto, **descentralização**, aqui assume o seguinte significado:

En términos generales, la descentralización puede definirse como la transferencia de autoridad, o la dispersión de poder, en la planificación, la gestión y la toma de decisiones en el sector público desde el nivel nacional a niveles subnacionales, o de modo más general, desde los niveles altos hasta niveles mas bajos de gobierno.

Desconcentração

No conceito de desconcentração a dimensão administrativa é preponderante, na medida em que a questão da distribuição de poder tem expressão menor. Palma e Rufian¹⁷ afirmam que a desconcentração pode cumprir um duplo papel: atenuar a centralização – e nesses casos é acompanhada pelo processo de descentralização – ou acrescentar eficácia à centralização.

Adotamos a definição de Palma e Rufian,²² e, portanto, **desconcentração** assume aqui o seguinte significado:

Lo que caracteriza a los organos desconcentrados es que pueden tomar decisiones que antes correspondian a la administración central; es decir, los organos desconcentrados son titulares de la competencia, pero mantienen una relación de jerarquía con la administración central que puede influir en la decisión o incluso revocarla en caso de desconformidad.

Ponto comum entre os autores aqui considerados é o reconhecimento da mútua determinação existente entre o fenômeno descentralização e o fatores econômicos, políticos, sociais, técnicos, culturais. Conseqüentemente, indicam a imperiosa necessidade, à toda iniciativa de apreensão deste fenômeno, de caracterizar a realidade específica onde a descentralização ocorre.

Palma e Rufian¹⁷ afirmam que:

(...) cuando los países pretenden descentralizarse no solamente es diferente el punto de partida, sino también el objetivo perseguido. En todo caso, las dinámicas dependerán de las raíces históricas de los países que nos proporcionarán una percepción del problema, un cierto consenso de la sociedad sobre la forma de distribución espacial del poder del Estado y desde luego una voluntad política de mantención o transformación de dicha distribución.

Mills,¹⁹ tratando especificamente do setor saúde, chama a atenção para a relação entre o aspecto técnico e a conformação do fenômeno descentralização:

En la práctica, la descentralización de sistemas de salud puede adoptar numerosas formas distintas, en virtud no solo de las estructuras y los objetivos políticos y administrativos generales del gobierno, sino también del tipo de organización de los sistemas de salud que prevalece en ese país concreto.

O capítulo seguinte, *Descentralização e contexto*, faz um esboço dos cenários nos quais se processa a descentralização do setor saúde no Brasil. Tem por finalidade facilitar o entendimento, dificultando assim os preconceitos.

Capítulo III

Descentralização e Contexto

A natureza política do processo de descentralização-centralização coloca-o na condição de fenômeno instituído e instituinte do contexto histórico, social, econômico e cultural, sendo um elemento ordenador das dinâmicas de distribuição de poder nas sociedades particulares onde este processo ocorre. Tais características respondem pela grande diversidade de estilos que este processo pode assumir em cada realidade específica, tornando necessário delinear, portanto, os cenários que articulam esse processo.

A revolução tecnológica principalmente no âmbito das comunicações, tornando o planeta uma aldeia global, implica considerar as principais tendências mundiais e da América Latina, que conformam a realidade específica em apreço.

O CONTEXTO MUNDIAL

Paganini e Chorny²³ alertando para os riscos de toda determinação de macrotendências sociais e das limitações de toda generalização, listam “algumas megatendências mundiais” identificadas recentemente:

(...) de las economías nacionales hacia una economía mundial; de la visión de corto plazo hacia una visión de largo plazo; de la sociedad industrial hacia una sociedad de la informatización; de los enfoques de ayuda institucional hacia los de autoayuda; del enfoque jerárquico hacia el de redes, y del abordaje excluyente al de opciones múltiples. También se observan la emergencia del libre mercado en el socialismo, el desarrollo de los estilos de vida globales y del nacionalismo cultural; la privatización del estado de bienestar; la era de la biología; el triunfo del individuo, y la consolidación del liderazgo de la mujer.

Para melhor delinear o cenário mundial, sem no entanto pretender uma análise detalhada, tomou-se como referência a coletânea *O Brasil e a nova ordem internacional*,^{24,25,26} que discute as repercussões na América Latina e particularmente no Brasil dos principais problemas mundiais.

Três transformações globais, segundo Bergsten,²⁴ encontram-se em desenvolvimento na década de 1990. A primeira terá como desdobramento a redução dos arsenais militares, conseqüente às reformas que vêm ocorrendo na ex-União Soviética e Europa. A segunda diz respeito à emergência das questões econômicas em detrimento das questões de segurança que tendem a perder importância: "A posição internacional de cada país dependerá cada vez mais do seu desempenho econômico do que do seu poderio militar".²⁴

Como terceira transformação, Bergsten,²⁴ aponta o fim do ciclo da economia mundial baseado na hegemonia dos EUA evoluindo para uma tripolaridade EUA, Japão e Europa.

No âmbito das questões políticas, Fukuyama²⁵ aponta como evento recente marcante "(...) a crise global do autoritarismo, e a ressurgência mundial das idéias e das instituições liberais." Aponta como marco inicial os processos de transição para democracias liberais vividos a partir de 1974 por Portugal, Espanha e Grécia. Na década de 1980 destaca as transições ocorridas na América Latina: Peru (1980), Argentina, Brasil, Uruguai (1982), Paraguai e Chile no final da década. Na Ásia faz indicação de reforma agrária na China. Destacando, ainda, a União Soviética, Europa Ocidental e Nicarágua.

Tratando especificamente da questão política, o autor faz incursões na esfera econômica:

Além da crise do autoritarismo político ocorre também uma revolução não menos notável na direção do liberalismo econômico. (...) Eu diria que após o colapso do comunismo, o evento mais importante do pós-guerra foi o milagre econômico da Ásia.

Langoni,²⁶ tratando das questões econômicas numa abordagem que procura particularizar a realidade latino-americana e brasileira no âmbito das tendências mundiais, caracteriza os anos 1980 como uma situação de crise e, em consequência, também como período de transição para um novo modelo de desenvolvimento:

(...) existem importantes transformações já em curso na maioria dos países latino americanos que apontam para uma nova era de economias mais abertas e competitivas.

Em última instância, um conjunto cada vez maior de políticas econômicas deixa a esfera nacional e passa a ser determinado de forma multilateral. O prêmio dessa perda de autonomia doméstica é a perspectiva de maior estabilidade econômica e o engajamento em novas formas dinâmicas de expansão produtiva.

Concluindo, podemos dizer que os anos 1990, mantido o ímpeto desses processos, deverão caracterizar-se pela interferência e transnacionalização das questões econômicas e, particularmente na América Latina, pela participação direta ou indireta de novos atores na cena política.

O CONTEXTO DA AMÉRICA LATINA

Tomando a América Latina como contexto regional para a realidade específica que se deseja tratar, isto é, o Brasil, optou-se por delinear esse contexto buscando, desde já, apoio para o objeto de interesse, isto é, a organização do setor público de

assistência à saúde. Portanto, tomou-se como referência textos que pudessem contextualizar a América Latina a partir da caracterização do Estado na região.

Teixeira²⁷ observa que, mesmo considerando a grande diversidade geográfica, econômica, política e cultural dos Estados latino-americanos, estes, quer federais quer unitários tem por características “um alto grau de centralização político-administrativo e territorial.”

Palma e Rufian²² também apresentam a América Latina como uma região com tradição em administração centralizadas. Tratando do tema desconcentração, definem quatro modalidades de organização de administração do Estado e apresentam a América Latina como “tipo ideal” de uma dessas modalidades.

A América Latina (...) responde a la tradición borbónica española continuista de la concepción francesa y que fundamenta el problema de la centralización administrativa en las exigencia de unidad nacional. Ello ha condizido al desarrollo de administraciones centrales poderosas que toleram la descentralización y en las que existe cierta rivalidade entre la administración central y la descentralizadas. Una concpción de este tipo exige que la administración central disponga de una estructura territorial casi paralela a la de las colectividades territoales autonomas, precisamente, la administración desconcentrada.²²

Oslak et al.²¹ destacam três tópicos que tem adquirido importância crescente nos debates sobre as transformações do Estado na América Latina.

Nos referimos a si el Estado **debe, puede y quiere** seguir desempeñando el papel con el que se lo ha identificado en el llamado Welfare State.²²

O primeiro tópico trata da “legitimidad del dominio funcional del sector estatal.” Na contraposição das doutrinas: do Estado intervencionista e do Estado subsidiário emerge, segundo os autores, um novo movimento político e econômico que, a partir da discussão de questões como: redefinição do papel do Estado, redução do aparato burocrático, diminuição do gasto público, privatização e descentralização dos serviços públicos, propõe expressiva mudança da intervenção do Estado.

O segundo tema tem por contexto a profunda crise econômica, com conseqüente declínio do nível de vida e desaceleramento do desenvolvimento, que enfrentam os países da América Latina. Refere-se a “las posibilidades de gobernabilidad de la sociedad frente a los desfios de la crisis estructural que afrontam los países de la Región.”²¹

Assinalam os autores que essa questão é potencializada pelo momento de transição que atravessa a América Latina, de regimes autoritários para regimes democráticos, o que tende a fazer do Estado o espaço de negociação, disputa e arbitragem de demandas e conflitos emergentes no processo de redemocratização.

A terceira questão refere-se a “la inacción de la burocracia establecida”, intimamente relacionada com a demagogia e o autoritarismo, fatores constantes nas instituições burocráticas da América Latina, e, portanto, com profundas repercussões para os novos regimes democráticos. Aqui os autores propõem tratar a questão a partir do conceito de trama institucional, isto é,

(...) existe un trama institucional, hecho de jerarquias, reglamentaciones, tramites y practicas fuertemente arraigadas, de la que el administrador público y el funcionario público son, a la vez, creadores y creación: victimários y victimas.²¹

Tratar a questão da burocracia a partir dessa perspectiva implica considerar

(...) que la burocracia **quiera** adherir-se o no a los valores de responsabilidad, participación, transparencia, tolerancia – propios de la democracia – no depende tanto de una elección deliberada, sino de una transformación fundamentalmente cultural (...) [e conseqüentemente] la aparente tarea de bloqueo y complicación inútil – **la telaraña burocrática** – supuestamente urdida y ejecutada por funcionarios empeñados en demorar y entorpecer la tarea de un nuevo gobierno, no es mas que una imagen rotunda y hasta convincente, pero escasamente esclarecedora.

Concluindo, o cenário regional aponta para uma tradição de Estados autoritários com alto grau de centralização e onde recentemente vem se processando experiências de redemocratização e de questionamento do papel do Estado.

O CONTEXTO DO BRASIL

Para delineamento do contexto local organizaram-se as informações de modo a apresentar, em linhas gerais, a trajetória tanto da organização política quanto do setor saúde no Brasil.

Com o advento da República (1889) o Brasil assume como forma de organização do Estado o regime federativo, adotando o sistema de divisão dos poderes do Estado em Executivo, Legislativo e Judiciário, e escolhe o regime presidencialista como forma de governo. No entanto, cabe assinalar que apesar de ser, constitucionalmente, uma república federativa, o Brasil atravessou, a partir de 1930, períodos significativos sob a forma de Estado unitário.

Do mesmo modo, desde a Constituição de 1891 até a de 1988 o Estado brasileiro compõe-se de três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. No entanto, é possível indicar uma tendência ao predomínio do Poder Executivo sobre os demais poderes. Embora essa tendência tenha sido constante, houve momentos onde essa predominância se mostrou mais claramente e com repercussões

contundentes para a vida da Nação, quando o autoritarismo e a excepcionalidade foram as características predominantes.

A Política dos Governadores

O Estado

O federalismo instituído na Constituição brasileira de 1891 assume, até a década de 30, características dual ou isolacionista, onde as relações intergovernamentais eram pouco estimuladas, sobressaindo a figura dos estados membros.²⁸ Esse período cunha o termo Política dos Governadores.

A Saúde

A política de atenção à saúde neste período caracteriza-se pelo predomínio das políticas de saúde pública através de medidas de controle das epidemias, imunização e vigilância sanitária.²⁹ Quanto a assistência à saúde individual observa-se algumas iniciativas do setor público e do setor privado, este último através das Santas Casas, hospitais beneficentes e a assistência médica das instituições previdenciárias.

A organização institucional apresenta no período as seguintes características: atuação expressiva do nível regional, atuação incipiente do nível federal e início da medicina previdenciária.

Braga² destaca a autonomia dos estados da federação no controle das administrações regionais, estando o setor público organizado basicamente a partir das instâncias regionais:

(...) as unidades de saúde existentes estavam vinculadas aos governos estaduais e voltadas principalmente para as capitais e principais cidades do interior.

No âmbito federal dois momentos demonstram as iniciativas de ampliação da atuação deste nível e ao mesmo tempo suas limitações. A Reforma Oswaldo Cruz, em 1904, cria a Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP, com a atribuição de atender aos problemas de saúde pública da capital do país e dar continuidade à defesa sanitária dos portos do país.¹ Em 1924 a Reforma Carlos Chagas cria o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP. Braga² assinala que a ampliação das atribuições do nível central, tais como saneamento rural e urbano,

propaganda sanitária, higiene infantil, industrial e profissional, atividades de supervisão e fiscalização, saúde dos portos e do Distrito Federal e o combate das endemias rurais, não chega a se realizar, na medida em que parte dessas atribuições permanecem sob responsabilidade do nível local. Neste período, os serviços relacionados com a saúde pública estavam sob jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios do Interior.

Mesmo em face de algumas iniciativas anteriores, a Lei Eloy Chaves, de 1923, que cria caixas de aposentadoria e pensões em cada uma das empresas de estrada de ferro do país, representa um marco na constituição da previdência social no Brasil.

Oliveira³⁰ observa que nos anos 1920 a gestão da previdência social era de natureza eminentemente civil, tendo sido criado cerca de 40 Caixas de Aposentadorias e Pensões — CAPs entre 1923 e 1929. Além dos benefícios (aposentadoria e pensão) as CAPs ofereciam serviços médicos e farmacêuticos.

O Poder Central I — O Ministério da Saúde: 1930/60

O Estado

Autoritarismo e excepcionalidade foram características marcantes da primeira metade deste período. O Governo Provisório — 1930/34 — e o Estado Novo, regime ditatorial de Getúlio Vargas — 1937/45 — representam a ruptura do equilíbrio e independência entre os três Poderes. O Executivo acumula as funções do Legislativo. “A força dos decretos-leis se impõe sobre a estrutura constitucional, levando o País a um esquema unitário de governo. O federalismo, nessa época, existiu apenas no papel”, afirma Brasileiro.²⁸

Extensa reforma administrativa realizada no início deste período cria o arcabouço da administração pública federal, preenchendo, segundo Soares,³¹ os vazios da estrutura governamental.

Redemocratização e emergência da postura liberal caracterizam a segunda metade do período, o Legislativo e o Judiciário retomam espaço e autonomia. No entanto, com a justificativa da necessidade de desenvolvimento da Nação, o Estado retoma a postura anterior com a expansão do Executivo, que passa ser o avalista do processo de industrialização.

Brasileiro²⁸ destaca a existência de duas tendências antagônicas, na Constituição de 1946, no que se refere às relações intergovernamentais, uma privilegiando o princípio da autonomia municipal e a ampliação potencial da sua base financeira,

outra privilegiando maior centralização do poder na esfera federal. A cooperação administrativa e principalmente a financeira, assinala a autora, emerge como mecanismo de conciliação, visando contrabalançar o poder da União com a autonomia estadual e local. Intensifica-se a cooperação direta União-município, enfraquecendo acentuadamente o papel da esfera estadual. Outro ponto assinalado pela autora é a indefinição de responsabilidades e duplicação de esforços conseqüentes ao sistema de competências concorrentes entre as três esferas de governo em relação a prestação de serviços, diluindo assim as barreiras funcionais de cada esfera.

A Saúde

A política de atenção à saúde neste período define-se pela consolidação das políticas de saúde pública e pelo incremento da assistência à saúde individual com a instalação de infra-estrutura para a assistência ambulatorial e hospitalar.

As mudanças nas funções e na estrutura do Estado vão alterar, segundo Braga,² as respostas do setor público de saúde.

(...) passando a configurar-se como uma política de saúde de caráter nacional organizada centralmente em dois sub-setores o de saúde pública e o da medicina providenciária.

Neste período observam-se restrições na atuação do nível estadual e ampliação da estrutura do nível federal tanto do sub-setor de saúde pública quanto do sub-setor da medicina previdenciária. Em 1932 ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde

(...) composto de dois Departamentos Nacionais, um de Educação e outro de Saúde; em 1934 como parte da reorganização ministerial então efetivada, o Departamento Nacional de Saúde passa a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, ocorrendo simultaneamente a criação de várias Diretorias e Serviços, como a Diretoria de Assistência Hospitalar; a Diretoria Sanitária Internacional e da Capital da República e, etc.²

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde.

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, se por um lado evidencia mais uma vez a importância relativa da Saúde Pública na política estatal de saúde, mostra também seu caráter secundário no conjunto das prioridades políticas do Estado brasileiro. Com efeito, na partilha do espólio do antigo Ministério da Educação e Saúde, coube ao setor saúde a menor parte. O Ministério da Saúde mantém basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, ampliando, no entanto, o quadro de enfermidades sob seus cuidados: ancilostomose, bócio, boubá, brucelose, doença de Chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, tracoma.²

Os Institutos de Aposentadoria e Pensões — de natureza civil até então, passam a ser controladas pelo Estado definidos legalmente como órgãos subordinados ao Ministério do Trabalho Indústria e Comércio.³⁰

Neste período ocorrem mudanças substanciais no sistema previdenciário. As CAPs organizadas por empresas, dão lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões, estes organizados por categoria profissional. Em 1934 é criado o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos –IAPM.

A expansão da assistência médica previdenciária iniciada no final da década de 1950 viria, segundo Braga,² a definir “um novo padrão de atenção à saúde no país.” Até a primeira metade do período a participação do setor privado foi estimulada através da compra de serviços médicos, o que se constitui na estratégia principal dos Institutos para prover os segurados de assistência. A partir da segunda metade do período observam-se investimentos crescentes na construção de serviços próprio dos Institutos.

A organização institucional do nível central — e aqui tratando especificamente do sub-setor de saúde pública — vem acompanhado do movimento de centralização. Dois processos segundo Braga,² evidenciam esse movimento desde o início deste período. O primeiro refere-se à crescente participação de assistentes técnicos do governo federal no âmbito estadual entre 1930 e 1937, “verdadeiros interventores do Departamento Nacional de Saúde junto aos serviços estaduais de saúde.”² O nível federal passa, inclusive, a assumir, nos Estados de poder político e econômico mais fraco, a coordenação das ações de saúde. O segundo tem expressão na retomada, a partir de 1935, da prática das campanhas sanitárias, organizadas a partir do nível federal, “elemento central da institucionalização das ações de saúde pública no Brasil.”² Em 1956 é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que centraliza então os serviços de combate às enfermidades endêmicas.

A partir da década de 1940 é possível indicar a criação de órgãos no Ministério da Saúde que, pelas suas características podem ser identificados como estruturas desconcentradas. Assim, em 1946 é criada a Campanha Nacional Contra a Tuberculose;³² em 1959, a Campanha Nacional contra a Lepra;³³ em 1960 a Fundação Pioneiras Sociais³⁴ e há a transformação do Serviço Especial de Saúde Pública em Fundação.³⁵ Esses órgãos vinculados ao Ministério da Saúde tem em comum a abrangência nacional, uma autonomia administrativo-financeira maior que os demais órgãos do Ministério, a atuação através de medidas de saúde coletiva e da assistência individual e de grupos específicos, como também a orientação de firmar acordos com os governos estaduais e municipais.

É interessante observar que a lei nº 9.387,³² que cria a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, define como órgãos integrantes da Campanha: o Serviço Nacional de Tuberculose, órgãos federais de assistência e serviço social, institutos e caixas de aposentadoria, órgãos estaduais e municipais, a Legião

Brasileira de Assistência e as instituições que recebam subvenções do Governo da União, outras pessoas físicas e jurídicas. Tal proposição prevê uma ação coordenada pelo nível central de todos os agentes com atuação na assistência à tuberculose. A multiplicidade de órgãos com atuação paralela, tendo como usuário os mesmos grupos populacionais pode ser apontada como uma característica desse período.

O Poder Central II — O Instituto de Assistência Médica da Previdência Social: 1960/83

O Estado

O início do período caracteriza-se pelo antagonismo crescente entre o Executivo e o Legislativo e pela presença do regime parlamentarista com vigência entre 1961 a 1963. Em 1964 com a emergência do governo militar, novamente o autoritarismo e a excepcionalidade regem a vida da Nação, colapso da democracia representativa, extinção dos partidos políticos, fechamento do Congresso. Novamente se rompe o equilíbrio e a independência entre os três Poderes. A vigência dos atos institucionais implanta a hegemonia absoluta do Executivo, que passa a legislar através de decretos-leis e leis delegadas.

O teor do Ato Institucional nº 5 retrata bem esse período: o presidente da República poderá decretar o recesso do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas e das Câmaras de Vereadores. Qualquer medida com base no AI-5 estava excluída de apreciação judicial. Com o regime de exceção sofre o federalismo nova solução de continuidade. Ampliam-se as possibilidades de intervenção do nível Federal em relação as demais esferas de governo.

Brasileiro²⁸ aponta como principais disfunções do regime federativo brasileiro até então, os seguintes aspectos: sistema de competências concorrentes entre as três esferas de governo; excessiva simetria legal; dependência financeira de estados e municípios; hipertrofia e emperramento da administração federal.

As eleições diretas para governador em 1982 podem ser consideradas marco no processo de redemocratização da sociedade. A pluralidade partidária exacerbada no final do período pode ser exemplo da mobilização da sociedade nesse processo.

Revitalização do Legislativo, que, a partir da constituição de 1988, recupera sua autonomia, inclusive com maior abrangência de ação a partir da conquista de

novas atribuições. No entanto, a proliferação dos chamados “pacotes econômicos”, o último ainda em 1991, demonstram a força do Executivo.

A constituição de 1988³⁶ reafirma o regime federativo, o município é expressamente nomeado como parte constituinte da Federação. Ampliam-se as possibilidades de legislação e administração dessa esfera de governo. O nível estadual passa a ter autonomia ampliada.

Desse período cabe também destacar o decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal e estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa.

A Saúde

A política de assistência à saúde caracteriza-se no período pela consolidação e predomínio da assistência médica individual e especializada e pela manutenção das ações de saúde pública e de caráter preventivo.

Organização Institucional

Em 1960 é sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social, que unifica os IAPs, criando o Instituto Nacional de Previdência Social — INPS. A ênfase nesse período é de compra de serviços médicos a terceiros, através do credenciamento de serviços privados, para atendimento de pacientes segurados e de convênios com empresas — medicina de grupo — para atendimento de mão de obra especializada. São também firmados convênios com o setor público. Na década de 1970 são estabelecidos convênios com os hospitais universitários, governos estaduais e municipais.³⁰

O movimento de desconcentração, no âmbito do Ministério da Saúde, mantém-se neste período, e, em 1967, são criadas as Campanhas Nacionais de Saúde Mental³⁹ e de Combate ao Câncer.⁴⁰ Em 1976 o decreto nº 79.056, de 30 de dezembro, que dispõe sobre a reorganização do Ministério da Saúde, estabelece como órgãos de coordenação e atuação regional cinco coordenadorias: Coordenadoria de Saúde da Amazonia — CORSAM; do Nordeste — CORSANE; do Centro-Oeste — CORCENTRO; do Sudeste — CORSE e do Sul — CORSUL. O artigo 17 do decreto define que:

Às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), unidade de apoio ao Sistema Nacional de Saúde, compete promover e coordenar a elaboração e execução dos programas de saúde, a nível regional, objetivando a adequação dos mesmos aos planos gerais de desenvolvimento, bem como executar as atividades de vigilância sanitária dos portos, aeroportos.³⁷

O Regimento Interno das Coordenadorias Regionais de Saúde⁴¹ acrescenta outras competências, cabendo destacar:

II- coordenar e compatibilizar as atividades de saúde a nível regional, desenvolvidas por órgãos do Ministério da Saúde ou entidades a ele vinculadas;

III- promover a coordenação e compatibilização dos planos e programas de saúde da região, desenvolvidos por órgãos ou entidades federais, estaduais, municipais e setor privado;

Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social — MPAS, definindo-se então os limites e a abrangência dos dois órgãos federais com atuação no setor saúde.

Em julho de 1975 é criado o Sistema Nacional de Saúde — SNS.⁴² A proposta de conformação de um Sistema Nacional de Saúde foi um dos temas oficiais da 5ª Conferência Nacional — 5ª CNS de Saúde realizada em 1975. Fundamentada num diagnóstico que entre outros aspectos ressaltava:

Em relação à organização ambicionada o que temos seria, pelo menos: insuficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado às reais necessidades da maioria, condições que fazem nossa organização sanitária pouco eficaz e de baixa eficiência na solução dos problemas de saúde ainda prevalentes no País.⁴³

as propostas apresentadas na 5ª CNS indicam como objetivo do projeto de reordenação do setor

organizar todas as atividades voltadas precipuamente para a saúde, integrando-as num conjunto harmonioso que se denominou Sistema Nacional de Saúde.³⁰

A lei nº 6.229 define o Sistema Nacional de Saúde como “o conjunto de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse de saúde.” Embora afirmando que o SNS passa a estar “organizado e disciplinado nos termos desta lei, “ pouco encontramos na letra da lei sobre organização e funcionamento do sistema no conjunto dos oito artigos que a constituem.

O 1º artigo define o campo de atuação no âmbito do setor saúde dos órgãos abaixo relacionados, resumidamente:

Ministério da Saúde: ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo.

Ministério da Previdência e Assistência Social: com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado.

Ministério da Educação e Cultura: incumbido principalmente da formação e habilitação dos profissionais de nível universitário assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde.

Ministério do Interior: atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública.

Ministério do Trabalho: quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde.

Os Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios: que receberão incentivos técnicos e financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo diretrizes da Política Nacional de Saúde.⁴²

Cabe destacar o que a lei define como competências dos Estados e municípios, pois é possível observar um destaque do nível estadual em relação ao nível municipal:

a) Aos Estados , ao Distrito Federal e aos Territórios

-instituir em caráter permanente o planejamento integrado de saúde da unidade federada;

-integrar suas atividades de proteção e recuperação de saúde no Sistema Nacional de Saúde;

-assistir técnica e financeiramente os municípios para que operem os serviços básicos de saúde para a população local;

-cooperar com os órgãos federais no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de sua área.

b)ao Município

-manter os serviços de saúde de interesse da população local especialmente os de pronto socorro;

-manter a vigilância epidemiológica;

-articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área.

No 2º artigo define que o Conselho de Desenvolvimento Social deverá apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde e os programas dos demais Ministérios no que se refere à saúde “com vistas a preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento”. Define, ainda, para fins programáticos, três áreas de ação: sobre o meio ambiente, de prestação de serviços às pessoas e de atividades de apoio. O 3º artigo define as ações próprias e supletivas da União para cada área de atuação.

O 4º artigo afirma a necessidade de se definir e estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial. O 5º artigo trata da elaboração de programas regionais que deveriam levar em conta a participação de todos os órgão públicos e privados que atuam na região, apontando o levantamento dos problemas epidemiológicos e o diagnóstico de situação de cada área do país como elementos de base para atuação do sistema. Estabelece que as Coordenadorias Regionais de Saúde do Ministério da Saúde serão órgãos de apoio ao Sistema Nacional de Saúde.

O 6º artigo trata da obrigatoriedade de cumprir os padrões mínimos fixados pelo Ministério da Saúde para construção e ampliação de hospitais e outras unidades de saúde. Os artigos 7 e 8 tratam da implantação e da entrada em vigor da lei.

Elementos presentes na lei e que serão encontrados nas políticas futuras são: integração interinstitucional, regionalização, situação epidemiológica como base da atuação do sistema, privilégio do nível estadual.

Em 1980, nas diretrizes setoriais do governo, encontramos:

O Ministério da Saúde articular-se-á com o Ministério da Previdência e Assistência Social no sentido de, definidas claramente as atribuições respectivas, nos campos de ação de alcance individual e coletivo, evitar duplicidade de serviços e estimular a cooperação recíproca. Para tanto, serão adotadas as seguintes providências:

- (i) regulamentação da Lei que institui o Sistema Nacional de Saúde;
- (ii) ativação dos grupos de coordenação interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. ⁴⁴

Portanto, cinco anos após a promulgação da lei permanece o diagnóstico de duplicidade, falta de cooperação entre os órgãos integrantes do setor e o não reconhecimento das atribuições definidas na lei, além da não-regulamentação da lei nº 6.229.

Em 1976 ocorrer nova reorganização do Ministério da Saúde. Quanto às novas competências gerais,³⁷ cabe destacar: avaliação dos níveis de saúde da população; avaliação dos recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar os níveis de saúde da população; formulação da Política Nacional de Saúde; elaboração do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição; elaboração e execução de planos e programas de controle de doenças transmissíveis; elaboração e execução de programas integrados de saúde-saneamento em áreas estratégicas; coordenação das ações de saúde, em nível de macro-região, objetivando o planejamento setorial harmonioso; coordenação e supervisão das ações de vigilância epidemiológica em todo território nacional; fixação de normas técnico-científicas básicas relativas às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; fixação de normas e padrões pertinentes a alimentos, bebidas, cosméticos, instalações prediais e equipamentos de serviços de saúde; vigilância sanitária e formação de recursos humanos.

Em 1977 o movimento de reorganização e racionalização da Previdência Social institui, através da lei nº 6.439,³⁸ de 1º de setembro, o Sistema Nacional de Previdência Social — SINPAS. No Cap.II, que trata exclusivamente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS, constata-se que sua competência é prestar assistência médica abrangendo os serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica, e a assistência complementar aos segurados do INPS e respectivos dependentes. Também é sua competência a prestação de assistência médica aos servidores do Estado, aos

empregados rurais, assim como desenvolver programas especiais de assistência médica abrangendo os serviços mantidos pela Fundação LBA. O artigo 7 da lei nº 6.439 diz que os programas de assistência médica a cargo do INAMPS serão organizados de forma a manter inteira compatibilidade com o Sistema Nacional de Saúde. Desde sua criação o INAMPS organiza-se de forma desconcentrada: em cada estado da federação foi criada uma Superintendência Regional, e, a nível dos municípios, os Órgãos Locais do INAMPS.

Assim, mesmo reconhecendo o movimento de busca de reordenação do setor a partir de meados da década de 1970, pode-se concluir que o contexto do setor saúde apresentava no início dos anos 1980 as seguintes características:

- centralização política-administrativa no nível federal, com estruturas desconcentradas de atuação regional no Ministério da Saúde e de atuação estadual no Ministério da Previdência e Assistência Social;
- grande diversidade de agentes atuando na gerência e prestação de serviços;
- descoordenação do setor;
- duplicidade de ação;
- falta de definição de atribuições;
- duplicidade institucional no nível federal: Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social com predominância deste último na condução da política de assistência a saúde;
- limitada atuação das esferas estaduais e municipais.

O Período 1983/1990

Antes da apresentação dos dados cabe tecer algumas considerações sobre o processo de formulação das políticas de saúde em questão e apresentar dois movimentos que servem de contexto imediato às AIS, ao SUDS e ao SUS.

Entendendo a política de saúde como expressão particular da política pública cabe precisar qual a compreensão desse último termo:

Une politique publique est une sequence d'actions comportant la production d'une response plus ou moins institutionalisée a une situation jugée problematique.⁴⁵

A perspectiva de trabalhar os documentos oficiais de reordenação do setor saúde, AIS, SUDS e SUS, considerando a definição acima, implica dizer que estamos tratando das respostas institucionalizadas, das definições oficiais da problemática de saúde no período de 1983 a 1993. São necessárias algumas

considerações sobre o processo de formulação dessas políticas visando identificar os elementos que condicionaram a conformação particular de cada proposta.

O processo de formulação de uma política envolve, segundo Subiratis,⁴⁶ pelo menos os seguintes elementos: construção ou estruturação do problema; politização do problema, isto é, transformação do problema em assunto público a resolver, passando então a formar parte da agenda do *policy-maker* ou do programa de governo. Hirschman,⁴⁷ tratando do mesmo tema, aborda a questão dos grupos de pressão, identificando duas fontes de pressão: interna e externa. Observa que, quando ocorre diminuição das pressões externas, como, por exemplo, em regimes ditatoriais, as pressões internas agudizam-se, e o conflito interno tende a aumentar dentro do governo.

Portanto, o processo de formulação de uma política coloca as seguintes perguntas: Quem lhe atribui valor? Quem politiza determinado tema? Que circunstâncias contribuem para que um assunto específico se torne problema público? Que grupos sociais efetivamente participam do processo? Como se dá o processo no qual determinado problema ganha relevância pública?

A década de 1980 constitui-se, sem dúvida, um momento de redefinição das relações Estado-Sociedade. Representa o início do processo de redemocratização do País.

Em setembro de 1981 acontece o Encontro Popular pela Saúde do Rio de Janeiro. Organizado pela Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro — FAMERJ e com a participação da Federação de Associação de Favelas do Estado do Rio de Janeiro — FAFERJ e do Movimento de Amigos de Bairros de Nova Iguaçu — MAB.

O Encontro reuniria aproximadamente 60 comunidades de diversos bairros e favelas do Grande Rio e Niterói para apresentarem suas reivindicações de saúde a autoridades do Estado e dos Municípios.(...) As comissões das comunidades (...) vem sendo formadas há mais de um ano pelas associações de moradores assessoradas por profissionais de saúde do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) núcleo Rio, Centro de Defesa da Qualidade de Vida e outras entidades médicas.⁴⁸

O editorial do nº 17 da revista *Saúde em Debate*⁴⁹ arrola uma série de eventos que bem caracteriza o movimento da década de 1980 no setor saúde.

Em 1983 é realizado o IV Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados. Em 1984 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde propõe o documento “A questão da Saúde no Brasil e Diretrizes de um Programa para um Governo Democrático.” Ainda nesse ano,

(...) aconteceu em Brasília (...) na Câmara dos Deputados, e sob o patrocínio de sua Comissão de Saúde e com a assessoria e contribuição do Parlamento Brasileiro da Saúde, do CEBES e da ABRASCO⁽¹⁾ o V Simpósio sobre Política

Nacional de Saúde com o objetivo então de estabelecer propostas de diretrizes para o programa de saúde para o futuro governo. Cerca de 500 participantes, durante dois dias discutiram a questão da saúde desde a ótica da estrutura e funcionamento ao financiamento do setor.⁴⁹

Em 1985 são realizados o IV Encontro Municipal do Setor Saúde e o III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

(...) praticamente deu um fecho final às discussões e propostas em debate nos últimos meses, aprovando um documento final, sob o título de “Carta de Montes Claros”, contendo as principais questões e idéias mais consensuais dos setores progressistas da área da saúde quanto a uma nova política a ser implantada no setor.⁴⁹

Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde — 8ª CNS, é convocada e eleita a Assembléia Nacional Constituinte. Em 1988 é promulgada a nova Carta Constitucional.

Retomando a questão do processo de formulação das políticas de saúde AIS-SUDS-SUS, importa resgatar dois movimentos: o Plano CONASP e a 8ª CNS.

O Plano CONASP

O Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária — CONASP, é criado em setembro de 1981, pelo presidente da República, para

(...) assessorar o Ministério da Previdência e Assistência Social no equacionamento de sua política de assistência médica [tinha por finalidade] propor um modelo assistencial adequado às condições e necessidades nacionais.⁵⁰

O Plano se dividia em três grandes grupos de programas, sendo as AIS um desses programas.

O Programa de Ações Integradas de Saúde consubstancia a proposta mais abrangente e transformadora contida no Plano. Confunde-se com o próprio Plano e constitui o seu arcabouço, uma vez que diz respeito à integração programática, a nível de unidade federada, entre os serviços públicos federais, estaduais e municipais, como base para as necessárias articulações com os serviços de saúde privados contratados pelo INAMPS e com o setor de formação de recursos humanos.⁵⁰

O Conselho contava com 14 membros, representantes dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde, do Trabalho, da Educação e Cultura, da Fazenda, Extraordinário para a Desburocratização, da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, das Confederações Nacionais da Indústria, do Comércio, da Agricultura, dos Trabalhadores, dos Trabalhadores na Indústria, na Agricultura, e do Conselho Federal de Medicina.

Ao constituir este Conselho, determinou o Presidente da República que fosse o mesmo integrado por representantes de vários Ministérios e de entidades de classe, buscando assim propiciar condições para análise e proposições dos vários elementos da sociedade, de alguma maneira envolvidos no processo de assistência à saúde dos segurados da Previdência Social.⁵¹

Portanto, é no governo que surge a necessidade de reformular o sistema, ou seja, esta é uma iniciativa do governo, sendo a fonte de pressão de natureza eminentemente interna. Como afirma o presidente do CONASP:

A instituição deste Conselho tem que ser interpretada como o reconhecimento do Governo da necessidade de mudar o sistema de prestação de serviços médico-odontológicos da Previdência Social. Com estes, não estavam satisfeitos os seus próprios dirigentes, os profissionais envolvidos, servidores públicos ou não, e, ainda menos, a população previdenciária.⁵¹

8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª CNS constitui-se, sem dúvida, num marco político no setor saúde. Tanto pelo número e tipo de representantes que participaram como pelo âmbito e desdobramentos posteriores. Avaliou-se o Sistema Nacional de Saúde e particularmente as AIS com análise umas claramente favoráveis,⁵² outras restritivas⁵³. Propôs-se uma ampla reforma sanitária. Projetou-se um novo Sistema Único ou Unificado de Saúde^{54,55}. Nela foi tecido o texto que posteriormente integraria a nova Carta Constitucional e a nova Lei Orgânica da Saúde

A questão da importância da 8ª CNS em termos de representação e como espaço de luta foi expresso por vários conferencistas e consta também do relatório final do evento:

Ao longo dos 45 anos de história deste evento, pela primeira vez conta-se aqui com a representação maciça da sociedade civil através de seus sindicatos e associações, partidos políticos e entidades de representação de moradores. Isto é um avanço significativo, em relação às conferências anteriores, quando havia predominância quase absoluta dos próprios formuladores da política oficial, sustentando discussões fechadas (...) ⁵⁶

(...) gostaria de pedir licença aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários do Ministério da Saúde, para destacar um convidado especial, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência com bastante sacrifício: a sociedade civil organizada.⁵⁷

E a 8ª Conferência marcará e demarcará um ponto de inflexão nas políticas de saúde e na estrutura do setor saúde; ela significará e está significando, certamente, a consolidação de lutas que travamos, e que todos travamos, nas oposições ao regime autoritário.⁵⁸

O presente relatório final reflete um processo de discussão que iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação, na 8ª Conferência Nacional de Saúde de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados.⁵⁹

O temário da 8ª CNS foi: (1) saúde como direito inerente à cidadania e a personalidade, (2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde, (3) financiamento do setor saúde. Cabe destacar alguns pontos referentes ao segundo tema que constam do relatório final da conferência. Sem dúvida esses pontos ressaltam a importância desta Conferência na formulação do SUDS, da Constituição de 1988, da lei nº 8.080 e da lei nº 8.142.

1— A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde (...)

2— No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para este fim (...) A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.

3— (...) descentralização na gestão dos serviços, integralidade das ações..., unidade na condução das políticas setoriais, regionalização e hierarquização, participação da população, fortalecimento do papel do município.

4— O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor.

5— As atribuições básicas de cada nível de governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios.

23— As Ações Integradas de Saúde deverão ser reformuladas de imediato possibilitando o amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas atuais instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS) (...)

24— Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações.

25— Deverão também ser formados conselhos de saúde em nível local, municipal, regional, estadual, composto de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permita a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde.

Portanto, podemos dizer que o SUDS e o SUS tiveram um processo de formulação de bases mais amplas, com participação de grupos interessados na questão saúde que passavam a exercer pressão na definição dos programas de governo.

Capítulo IV

Apresentação dos Dados

A caracterização das três propostas organizou-se a partir dos critérios estabelecidos: origem, instrumento legal, definição, finalidade, objetivos, princípios e diretrizes, estrutura de gestão.

As fontes de informação apresentaram diferenças em suas formulações, como no caso dos documentos referentes às AIS e ao SUS, que são mais detalhados e de estrutura itemizada, o que facilitou a discriminação dos critérios. Em relação os documentos referentes ao SUDS tornou-se necessário proceder a identificação da maioria dos critérios a partir de uma interpretação do texto.

Os Quadros IA, B, C e D apresentam de forma sucinta os elementos chaves de cada critério, permitindo uma visão global das três propostas em relação a cada conjunto de critérios. O Quadro II resume a comparação entre as propostas.

ORIGEM

AIS

“Considerando o preconizado no “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social” , elaborado pelo CONASP.”⁹

SUDS

“(…) política (...) coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária.”¹⁰

SUS

O Sistema Único de Saúde tem na Constituição Federal promulgada em 1988 sua principal referência.

INSTRUMENTO LEGAL

AIS

Resolução nº CIPLAN-6, de 3 de maio de 1984, que aprova o documento “Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde.”⁴

SUDS

Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que “Dispões sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS).”⁵

SUS

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (...)”, especificamente o Título II— Do Sistema Único de Saúde. ⁶

DEFINIÇÃO

AIS

“As Ações Integradas de Saúde — AIS constituem a estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços, a nível de cada Unidade Federada, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde.”⁹

Quadro IA. Propostas de reordenação do setor saúde, 1980/1990 — Grupo 1

Critério	Proposta		
	AIS	SUDS	SUS
Origem	Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social	Reforma Sanitária (8º CNS)	Constituição Federal (8º CNS)
Instrumento legal	Resolução nº CIPLAN-6 (03/05/1984)	Decreto nº 94.657 (20/06/1987)	Lei nº 8.080 (19/09/1990)
Definição	Estratégia de integração programática	Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados	Conjunto de ações e serviços do setor público

SUDS

“Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (...)”⁵

“ (...) uma política (...) de curto prazo (...)”¹⁰

SUS

“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, constitui o Sistema Único de Saúde — SUS”⁶

FINALIDADE

AIS

“Este documento, contribuição do nível federal (MPAS/MS/MEC) ao desenvolvimento e aprimoramento das ações de saúde ao nível dos Estados (...)”⁹

“Considerando a necessidade de aprimoramento dos serviços de saúde prestados à população”⁴

“Considerando a necessidade de se imprimir uma política racional de planejamento e de financiamento do setor saúde que evite superposições de recursos e potencialize a aplicação dos recursos disponíveis;”⁴

“Considerando a necessidade do estabelecimento de instrumentos homogêneo para aplicação da Portaria nº MPAS/SSM - 269/84, assim como o disposto na Portaria nº MPAS/SSM - 283/84, que estabelecem formas de relacionamento financeiro entre o INAMPS e os órgãos públicos e entidades filantrópicas prestadoras de assistência à saúde;”⁴

“Considerando a necessidade de orientar a programação das áreas específicas prioritárias coordenadas pelo Ministério da Saúde;”⁴

SUDS

“Dados os compromissos da Nova República de resgate da dívida social, entendem os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social que é necessário estabelecer as bases de uma política comum, de curto prazo, que seja coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e que procure implementar medidas factíveis e viáveis que expressem os elementos de consenso já obtidos na sociedade brasileira e aprofundem as experiências de integração das Ações Integradas de Saúde.”¹⁰

SUS

“A Lei Orgânica da Saúde (...) tem por escopo o endereçamento de medidas indispensáveis a reformulação do sistema de saúde no País (...)”⁶

OBJETIVOS

AIS

“Capítulo III

Dos Objetivos

Tendo como principal motivação a melhoria da atenção à saúde da população, as Ações Integradas de Saúde tem por objetivos específicos:

- possibilitar o desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde, a partir da articulação multi-institucional e observadas as conjunturas específicas a nível de cada Unidade Federada;
- fazer operar Sistemas Estaduais de Saúde capazes de proporcionar serviços com alto grau de resolutividade, dirigidos aos problemas prioritários de saúde;
- desenvolver técnica e gerencialmente os serviços de saúde, para capacita-los a responder à demanda assistencial local, com eficácia, eficiência e efetividade;
- compatibilizar a nível de Unidade Federada a alocação de recursos pelas várias instituições de saúde;
- valorizar o trabalho dos profissionais de saúde, através de estratégias que estimulem o seu contínuo desenvolvimento e melhores condições de trabalho e de remuneração;
- reorientar as atividades de ensino, pesquisa e serviços das instituições de Ensino, no sentido de sua melhor adequação às necessidades de saúde e da prestação de serviços de saúde regionalizados;
- planejar a cobertura assistencial de acordo com parâmetros, técnicos e financeiros viáveis, considerando as melhores relações custo/benefício e contribuindo na redefinição dos parâmetros nacionais e locais.⁴

SUDS

“Fica criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, com o objetivo de contribuir para a

consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS)”⁵

“(…) induzir a uma unificação com descentralização (…)

(…) reforço das instâncias colegiadas das AIS (…)

(…) redefinição das atribuições dos três níveis de governo (…)

O (…) INAMPS sofrerá uma redução em sua estrutura, de maneira a adapta-lo às funções específicas de planejamento, orçamento e acompanhamento (…)

(…) reforma assistencial que modifique a natureza e a qualidade dos serviços de saúde (…)”¹⁰

SUS

“ Art.5º . São objetivos do Sistema Único de Saúde — SUS

I - a identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do artigo 2º desta lei;

III - a 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.

Art.2º. A saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”⁶

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

AIS

“Capítulo IV

Dos Princípios e Diretrizes Gerais

Os seguintes princípios e diretrizes devem nortear a elaboração e a implementação das AIS, em cada Unidade Federada:

- 1— responsabilidade do Poder Público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde;
- 2— integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público, ao qual estará articulado, técnica e funcionalmente, o setor privado prestador de serviços;
- 3— definição de programas, ações e atividades das instituições envolvidas, a partir do quadro de problemas sanitários prevalentes a nível regional e local;
- 4— Integralidade das ações de saúde superando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar;
- 5— regionalização e hierarquização única dos serviços públicos e privados;

Quadro IB. Propostas de reordenação do setor saúde, 1980/1990 — Grupo 2

Critério	Proposta		
	AIS	SUDS	SUS
Finalidades	Imprimir uma política racional de planejamento e financiamento	Estabelecer as bases de uma política comum	Reformular o sistema de saúde
	Estabelecer instrumentos homogêneos	Implantar medidas que expressem o consenso já obtido na sociedade	
	Orientação programática	Aprimorar as AIS	
Objetivos	Desenvolver sistemas estaduais de saúde	Desenvolver qualitativamente as AIS	Identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde
	Desenvolver técnica e gerencialmente os serviços de saúde	Induzir uma unificação com descentralização	Formular a política de saúde
	Compatibilizar alocação de recursos em nível de Unidade Federada	Reforçar as instâncias colegiadas das AIS	Assistir as pessoas com com atuação integrada: ações assistenciais e atividades coletivas
		Reduzir a estrutura do INAMPS	
		Redefinir atribuições dos três níveis de governo	

6— valorização das atividades básicas de saúde, assegurando o encaminhamento dos casos de comprovada necessidade de atendimento mais complexo;

7— utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública;

- 8— descentralização do processo de planejamento e administração;
- 9— planejamento a cobertura assistencial, a partir das necessidades de atendimento da população, com parâmetros e estratégias assistenciais de melhor relação custo/benefício;
- 10— co-participação claramente definida das várias instituições envolvidas, no financiamento das ações de saúde, de acordo com as responsabilidades institucionais;
- 11— desenvolvimento de recursos humanos como condição básica de operação do sistema, incluindo definição dos conteúdos e estratégias de formação de Recursos Humanos, assentada sobre a prática dos serviços de saúde, e o estabelecimento de planos adequados de cargos e salários;
- 12— reconhecimento da legitimidade de participação dos vários segmentos sociais na definição de necessidades, no encaminhamento das soluções e na avaliação do nível de desempenho da assistência prestada .⁴

SUDS

“(...) unificação com descentralização (...)

(...) base da organização espacial e funcional do novo sistema o distrito sanitário entendido como o módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e com algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolva o conjunto de ações básicas de saúde coerente com um determinado espaço-população.

(...) princípios, definidos pela Reforma Sanitária- integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, territorialidade, descentralização das ações de saúde, continuidade da atenção, interinstitucionalidade, intersetorialidade e controle social do sistema. (...) dar ênfase ao treinamento gerencial (...)

(...) grande prioridade deve ser dada à inserção das instituições filantrópicas nas redes integradas de serviços (...)

(...) o processo de programação-orçamentação integrado deverá ser aperfeiçoado(...)

(...) clara redefinição das atribuições dos três níveis federativos (...)

(...) admissão de pessoal (...) passará a ser dada pelos governos estaduais ou municipais, será implantado progressivamente, o tempo integral e a dedicação exclusiva (...)

(...) reconcepção técnica e operativa das AIS (...) devem passar a significar um movimento de reorganização setorial, no sentido da Reforma Sanitária que

permita caminhar (...) para superação da atual organização sanitária, centralizada, descoordenada, em busca de novas formas de organização descentralizada, integrada e democratizada, com uma gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente relacionadas com o setor público (...) no sentido de darem respostas às necessidades da população definidas na Política Nacional de Saúde segundo critérios epidemiológicos-sociais.”¹⁰

Quadro IC. Propostas de reordenação do setor saúde, 1980/1990 — Grupo 3

Critério	Proposta		
	AIS	SUDS	SUS
Princípios	Integração interinstitucional tendo como eixo o setor público	Interinstitucionalidade	Organizar serviços públicos evitando duplicidade
	Descentralização do planejamento e administração	Descentralização das ações	Descentralização político-administrativa
	Integralidade das ações de saúde	Integralidade da atenção	Integralidade da assistência
	Regionalização e hierarquização	Regionalização e hierarquização	Regionalização e hierarquização
	Participação da sociedade	Controle social do sistema	Participação da comunidade
	Valorização das atividades básicas,	Continuidade da atenção	Capacidade resolutiva de todos os serviços
	Definição de programas segundo problemas prevalentes	Resposta às necessidades da população segundo critérios epidemiológicos	Uso da epidemiologia para priorizar e localizar recursos
Diretrizes	Utilização plena da rede pública	Distrito sanitário - base organizacional e funcional do novo sistema	Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade
	Poder Público responsável pela saúde e controle do sistema	Reconcepção teórica e operativa das AIS	Universalidade do acesso
	Co-participação das instituições envolvidas no financiamento	Treinamento gerencial	Igualdade da assistência
	Desenvolvimento de recursos humanos	Prioridade à inserção das instituições filantrópicas	Direito à informação
		Aprimora programação e orçamentação integrada	Integração meio ambiente e saneamento
			Conjugação de esforços União/estados/municípios

SUS

“Capítulo II

Dos Princípios e Diretrizes

Art.7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde-SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I— universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência

II— integralidade de assistência, entendida como o 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;

III— preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV— igualdade da assistência, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie;

V— direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI— divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII— utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII— participação da comunidade;

XI— descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X— integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento;

XI— conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII— capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII— organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.⁶

ESTRUTURA DE GESTÃO

AIS

“Constituem instâncias de planejamento, gestão e acompanhamento das AIS:

- CIPLAN-Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação;
- CIS-Comissões Interinstitucionais de Saúde;
- CRIS-Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde;
- CLIS ou CIMS-Comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde.

A CIPLAN é órgão deliberativo interministerial MS/MPAS/MEC, que fornece pauta a atuação integrada e efetiva das instituições federais e realiza o acompanhamento a nível nacional, das Ações Integradas de Saúde. (...) contará também com a participação do presidente do CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde (...)

Quadro ID. Propostas de reordenação do setor saúde, 1980/1990 — Grupo 4

Critério gerência	Proposta		
	AIS	SUDS	SUS
Nível federal	Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação	Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação	Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde Conferência Nacional de Saúde
Nível estadual	Comissão Interinstitucional de Saúde	Comissão Interinstitucional de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde Conselho Estadual de Saúde Conferência Estadual de Saúde
Nível regional	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde	Comissão Regional de Saúde	
Nível municipal	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde	Comissão Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde Conselho Municipal de Saúde Conferência Municipal de Saúde

As CIS são instâncias decisórias e gestoras das Ações Integradas de Saúde a nível de cada Unidade Federada, estando integradas pelo Secretário Estadual de Saúde, Superintendente Regional do INAMPS, representante do MS e representante do MEC.

As CIS deliberam por consenso e tem as seguintes atribuições:

- definir e zelar pela efetiva participação da política de saúde a nível de Unidade Federada;
- promover a integração programática crescente entre as instituições envolvidas;
- garantir a aplicação e a compatibilidade de todos os recursos financeiros alocados para o desenvolvimento e aprimoramento das ações de saúde e de prestação de serviços;
- assegurar a participação dos municípios nos níveis correspondentes;
- buscar estratégias para a universalização progressiva do atendimento...;
- propor as alterações e complementações necessárias ao aprimoramento das AIS.

As CRIS constituem instâncias de planejamento e acompanhamento das AIS, a nível de cada região de saúde das Unidades Federadas, obedecida a regionalização da CIPLAN. Integram-nas representantes das instituições convenientes, acrescidas dos representantes das instituições que tenham aderido às AIS na região correspondente.

As CLIS/CIMS são instâncias locais e/ou municipais de planejamento e gestão das AIS, correspondendo a municípios ou conjunto de municípios, de acordo com critérios geográficas, demográficos, funcionais e políticos e serem propostos pela CIS correspondente. Integram-nas, representantes das Secretarias Municipais de Saúde ou das Prefeituras, assim como entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local.

As CIS, CRIS e CLIS/CIMS elaborarão seus próprios regimentos, em conformidade com as normas da CIPLAN, e os objetivos e diretrizes das AIS, levando em consideração as realidades estaduais e locais.”⁴

SUDS

“Na área federal a CIPLAN, que deverá criar mecanismos de articulação com a área econômica e ir integrando, organicamente, as funções de planejamento das diversas instituições federais.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS teria uma função além da participação orgânica de seu presidente, de conselho deliberativo, ao qual seriam submetidos os assuntos mais importantes antes da deliberação.

À CIPLAN caberia coordenar a formulação do Plano Nacional de Saúde e do orçamento unificado de saúde, consolidando os orçamentos federais, estaduais e municipais e acompanhando a sua execução.

Na área estadual, as Comissões Interinstitucionais de Saúde, ampliando-se sua responsabilidade e dando a elas o papel de coordenar sua execução.

Nas áreas microregionais ou municipais, as Comissões Regionais de Saúde ou Comissões Municipais de Saúde, responsáveis pela coordenação da formulação dos planos regionais e municipais de saúde e pelo acompanhamento de sua execução.¹⁰

Quadro II . Comparação das Propostas: AIS — SUDS — SUS

Critério	Proposta		
	AIS/SUDS	SUDS/SUS	AIS/SUS
Origem	Diferente	Diferente com elementos comuns	Diferente
Instrumento legal	Diferente	Diferente	Diferente
Definição	Diferente	Diferente	Diferente
Finalidade	Convergente	Diferente	Diferente
Objetivo	Convergente	Diferente	Diferente
Princípios e diretrizes	Elementos comuns e diferente	Elementos comuns e diferente	Elementos comuns e diferentes
Estrutura de gerência	Comum com elementos diferente	Diferente	Diferente

SUS

“Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde — SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I— no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II— no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente,

III— no âmbito dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.⁶

“Art.1º O Sistema Único de Saúde, (...) contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I— a Conferência de Saúde; e

II— o Conselho de Saúde.

§1ºA Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde — CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos conselhos de saúde e conferências de saúde paritária em relação ao conjunto dos demais elementos.”¹¹

Capítulo V

Discussão e Conclusões

DISCUSSÃO

OS CRITÉRIOS

Origem

Cada uma das três propostas tem uma origem diferente: Plano CONASP, Reforma Sanitária, Constituição Federal (1988). No entanto, a elaboração da Carta Constitucional de 1988 foi contemporânea ao movimento da Reforma Sanitária; os preceitos constitucionais em relação à saúde, já estavam delineados nos documentos da 8ª CNS, pois esta Conferência propunha contribuir para a formulação da Constituição. Assim, seria possível estabelecer uma origem comum para o SUDS e o SUS, ou pelo menos uma convergência de idéias entre os dois movimentos.

O processo de formulação das AIS e do SUDS e SUS, se tomarmos a 8ª CNS como respaldo político das duas últimas propostas, são bastante distintos. Em termos de origem as AIS surgem como proposta de um grupo técnico no interior de um dos órgãos envolvidos na gerência e na prestação de assistência — o INAMPS. As AIS têm, portanto, uma referência mais restrita, surgem como proposta de racionalização das ações de assistência, formulada pelos *policy-maker*, no interior do governo, como uma necessidade do governo de reordenar o sistema. O SUDS e o SUS apresentam-se como tendo uma referência mais ampla, as proposições da 8ª CNS, da Reforma Sanitária — processos de ampla mobilização e representatividade da sociedade. Surgem, portanto, como resposta do governo as pressões externas.

Cabe considerar, no entanto, que o documento apresentado em 1984 pelo Presidente do CONASP⁶⁰ já apresentava a questão da unificação do sistema, proposta feita pelo CONASS sudeste naquele ano; portanto, as proposições da 8ª CNS já estavam sendo discutidas no interior do governo.

A proposta das AIS, em termos da origem, apresenta um componente “técnico” bastante expressivo: propõe racionalizar a atuação do setor saúde, uma tentativa de imprimir maior disciplina ao setor. O SUDS apresenta-se como uma política de transição, de curto prazo e o SUS emerge como a formulação de maior peso legal.

Em termos das origens é possível indicar um processo ascendente, de sentido positivo, em termos de maior representatividade dos principais interessados na formulação das políticas de saúde na década de 1980.

Instrumento Legal

Resolução — Decreto — Lei. A cada proposta é possível observar um avanço no sentido de maior força do instrumento legal. As AIS eram regulamentadas por resoluções de uma comissão interministerial, o SUDS foi criado por um decreto do Presidente da República e o SUS integra o texto da Lei Orgânica da Saúde.

O SUDS é a proposta cujo instrumento legal apresenta menor escopo. O artigo primeiro cria o Programa e o artigo segundo estabelece que as instruções para execução do programa serão baixadas pelos Ministros da Saúde e da Previdência Social.

A resolução que institui as AIS estabelece: definição, participantes, objetivos, princípios e diretrizes, instrumentos formais, estrutura funcional, planejamento físico-financeiro, alocação de recursos, desenvolvimento gerencial, sistema de acompanhamento, disposições gerais.

A lei nº 8.080 estabelece, especificamente, em relação ao SUS: disposição preliminar, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, atribuições comuns, competências (por nível de governo), recursos financeiros, gestão financeira, planejamento e orçamento. Diferentemente da lei anterior (lei nº 6.229), que ordenava o Sistema Nacional de Saúde, a lei nº 8.080 apresenta extensa formulação.

A discriminação de competências entre os níveis de governo é um fator favorável a descentralização. É possível observar que nas três propostas apenas no SUS esse elemento está presente. A lei nº 8.080 define as atribuições comuns aos três níveis de governo e as competências específicas da direção nacional, estadual e municipal. No SUDS, se tomarmos a exposição de motivos como documento complementar ao decreto está discriminado o que cabe a cada nível de governo.

As diferenças observadas nos instrumentos legais pode ser considerado indicativo de um processo onde cada proposta foi uma etapa, onde cada proposta ganhou maior expressão formal na ordenação do sistema.

Definição

Estratégia — Programa — Ações e Serviços. As AIS foram uma estratégia para a integração programática. O SUDS, um programa para desenvolver sistemas unificados e descentralizados nos Estados. O SUS é o conjunto de ações e serviços do setor público de saúde.

A idéia de estratégia implica sempre a consideração da existência de conflitos. A estratégia surge como tentativa de resolver divergências, o que confere à estratégia uma natureza dinâmica, mutável. É na relação, que se altera constantemente, entre forças antagônicas, que se define o rumo da ação.

Programa significa explicitar, descrever seqüências de etapas — previamente planejadas — a serem cumpridas num tempo determinado; pressupõe, portanto, um acordo prévio, uma convergência de intenções, uma concordância de projeções, indicando uma estabilidade dos parceiros envolvidos.

Ações e serviços implicam as idéias de realização, de seqüência de acontecimentos, de modo de funcionar, de resultado. Serviço traduz a idéia de produto de uma atividade que visa satisfazer uma necessidade.

Então, aqui também é possível indicar um movimento ascendente que aponta para uma estabilidade crescente. A cada proposta o setor ganha maior consistência na sua natureza.

Na estratégia das AIS é possível identificar três elementos, dois de natureza política e um de natureza técnica, para a operacionalização da nova ordem no setor saúde:

- a constituição de instâncias de planejamento, gestão e acompanhamento do setor, em cada nível de governo, criando um espaço de relacionamento para os distintos agentes envolvidos na gerência e execução do setor;
- a priorização do nível estadual na nova ordenação; e,
- a definição de áreas programáticas e dos instrumentos de programação e orçamentação que prevê a participação coordenada dos agentes envolvidos.

No programa do SUDS a etapa a ser cumprida para a unificação do sistema tem expressão na mudança de lugar do MPAS-INAMPS na condução do setor. O INAMPS deverá passar por uma redução de sua estrutura e redefinição de suas funções.

Ainda em relação ao SUDS cabe considerar que esta proposta define-se como uma política de curto prazo, de transição, a partir das seguintes considerações:

A Reforma Sanitária propugna a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde através da institucionalização de um Sistema Unificado de Saúde.

Há de se reconhecer que tal processo de mudança, além de demorado, tem seu foro próprio e legítimo que é o Congresso. Mesmo porque a consolidação da Reforma Sanitária se dará por intermédio de novos postulados constitucionais que reconheçam a saúde como um direito de cidadania e como dever do Estado e estabeleçam as diretrizes gerais que num segundo momento, levarão à reformulação da Lei do Sistema Nacional de Saúde e à adequação de toda a legislação ordinária dela derivada.¹⁰

Portanto, o SUDS estabelece medidas a serem executadas num curto espaço de tempo até que as condições para o novo sistema possam ser cumpridas.

Nas ações e serviços do SUS estão discriminados a abrangência do setor, as especificidades da atuação, as competências e atribuições de cada nível de governo.

É interessante observar que as AIS, de forte componente técnico — racionalização do setor — define-se como estratégia, elemento de natureza eminentemente política, enquanto o SUDS, que se apresenta como uma política, tem como programa elementos técnicos bem claros. No SUDS, as AIS passam de estratégia a tática.

Finalidade

As AIS tem por missão imprimir uma política racional de planejamento e financiamento do setor, estabelecer instrumentos homogêneos e formas de relacionamento financeiro, assim como orientações programáticas. Portanto, as AIS respondem às necessidades internas do nível central de maior uniformidade e coordenação do setor, confirmando a observação feita no item origem, onde as AIS são caracterizadas pelo elemento técnico. Assim, podemos dizer que as AIS constituem-se numa proposta formulada no nível central para o setor.

O SUDS tem por missão estabelecer as bases de uma política comum, implantar medidas que expressem os elementos de consenso já obtidos na sociedade, aprofundar as experiências de integração das AIS, atendendo “os compromissos públicos da Nova Republica de resgate da dívida social (...)”.¹⁰ Aqui também, como nas AIS, são as necessidades do nível central que impulsionaram as proposições de uma nova política.

O SUS tem por missão a reformulação do setor saúde, atendendo aos preceitos constitucionais. É uma conseqüência do processo de regulamentação iniciado na constituição de 1988.

Se o SUDS e o SUS apresentam uma convergência em relação às origens em termos da finalidade, é possível estabelecer uma nova dupla AIS-SUDS, aprofundar a experiência de integração das AIS, consolidar e desenvolver

qualitativamente as AIS: estas são expressões encontradas nos documentos que criam o SUDS.

Ora, cabe perguntar, então, se a proposição contida no SUDS de “estabelecer as bases de uma política comum”, entendendo que o comum refere-se à atuação do Ministério da Saúde e do INAMPS não seria uma incoerência ou a expressão de uma contradição ou um conflito, pois ao propor aprofundar a experiência de integração das AIS, está suposto um reconhecimento da experiência exitosa das AIS em relação a atuação conjunta das instituições envolvidas (MS, INAMPS, MEC), no entanto, ao propor estabelecer as bases de uma política comum, está suposto uma falta de integração entre as instituições envolvidas (MS, INAMPS).

Objetivos

Os objetivos das AIS expressam mais uma proposta de descentralização, com indicação do nível de governo para o qual deverá ser devolvido o poder, do que propriamente uma proposta de integração interinstitucional, para o qual não consta um único objetivo. Dos sete objetivos específicos, três referem-se à estruturação do nível estadual no sistema: possibilitar o desenvolvimento de Sistemas Estaduais de Saúde, a partir da articulação multiinstitucional; fazer operar Sistemas Estaduais de Saúde capazes de proporcionar serviços com alto grau de resolutividade; e compatibilizar, em nível de Unidade Federada, a alocação de recursos pelas várias instituições de saúde. Portanto, as AIS fazem uma clara opção pelo nível estadual de governo.

O objetivo definido no decreto que institui o SUDS — consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS — e outro retirado da exposição de motivos — reforço das instâncias colegiadas das AIS — fazem indicação de uma convergência de propósitos. Todavia, dois outros objetivos ganham destaque: a reestruturação do INAMPS e a reforma assistencial com a construção de modelos assistenciais que definiriam um novo sistema. Enquanto que, em relação às AIS, a questão apresentada é de reconceituação, em relação à reestruturação do INAMPS e ao delineamento do novo sistema os aspectos operacionais tornam-se mais explícitos.

Quanto à reestruturação do INAMPS, interessam, para entender as mudanças ocorridas no nível central, as proposições contidas na exposição de motivos:

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS sofrerá uma redução em sua estrutura, de maneira a adaptá-lo às funções específicas de planejamento, orçamentação e acompanhamento. Para tanto, a Direção Geral será transferida do Rio de Janeiro para Brasília, reduzindo-se,

drasticamente, o atual quadro de pessoal. Em nível estadual, as Superintendências Regionais, progressivamente e na medida em que se complete o processo de transferência de unidades, recursos humanos e financeiros, atribuição de gestão direta e convênios e contratos, serão reestruturadas para atender às funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.¹⁰

O SUS define três objetivos dos quais cabe ressaltar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Enquanto as AIS e o SUDS apresentam objetivos que se referem à organização do setor, o SUS tem por objetivo a assistência propriamente dita.

É nos objetivos das diferentes propostas, isto é, o que cada uma delas pretende alcançar efetivamente, que se observa maior divergência entre elas. Descentralização para o nível estadual — AIS, unificação do nível central — SUDS, assistência às pessoas — SUS.

Quanto à convergência de propósitos assinalada em relação às AIS e SUDS, esta pode ser redimensionada se considerarmos as observações feitas no item finalidade. A questão, colocada no SUDS, da reforma assistencial com a construção de modelos assistenciais que definiriam um novo sistema reforça a observação de uma divergência entre essas duas propostas, mesmo, na presença dos objetivos de (1) consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS e de (2) reforçar as instâncias colegiadas das AIS, propostos pelo SUDS.

Princípios e Diretrizes

Trata-se do único critério onde se podem identificar elementos comuns às três propostas, e estes constituem o principal conjunto de princípios e diretrizes. A presença de elementos diferentes organizou outro conjunto: aqueles exclusivos de cada uma.

Os elementos comuns criam uma identidade de propósitos na condução das políticas de saúde no período considerado. Se, por um lado, há divergências ou diferenças quanto a origem, finalidade, objetivos, definição, por outro, em relação aos condicionantes e valores, observa-se uma forte convergência que aproxima as três propostas. Os elementos que configuram o modelo de assistência repetem-se a cada proposta.

São elementos comuns: descentralização, integralidade, regionalização e hierarquização controle social/participação, uso da epidemiologia/problemas sanitários prevalentes.

Elementos comuns, no entanto, apresentam variações: a integralidade das ações e serviços (AIS), a integralidade da atenção (SUDS), a integralidade da assistência (SUS). Do mesmo modo, as AIS falam em reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais; o SUDS fala em controle social; e o SUS, em participação da comunidade. Nas AIS a descentralização é do processo de planejamento e da administração; no SUDS, é das ações de saúde; e, no SUS, é político-administrativo. Portanto, é no SUS que a descentralização assume maior amplitude.

A organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidades (SUS) foi considerado equivalente à interinstitucionalidade (SUDS) ou à integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público (AIS).

Quanto aos princípios e diretrizes particulares a cada proposta, as AIS destacam a questão da responsabilidade do Poder Público na assistência à saúde, a co-participação das instituições no financiamento do setor, a plena utilização da rede pública e o desenvolvimento de recursos humanos.

O SUDS especifica o treinamento gerencial, o aprimoramento das AIS, a prioridade da inserção das instituições filantrópicas e a proposta do Distrito Sanitário:

(...) base da organização espacial e funcional do novo sistema, o distrito sanitário, entendido como o módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e com algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolverão o conjunto de ações básicas de saúde coerente com um determinado espaço-população.¹⁰

O SUS destaca-se pelos princípios e diretrizes voltados para a questão da cidadania: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade, universalidade do acesso, igualdade da assistência, direito à informação.

Em relação à continuidade das políticas aqui consideradas, que apresentam uma grande uniformidade em relação aos princípios e diretrizes, torna-se interessante e esclarecedora a leitura do *Plano do CONASP — dois anos de aplicação*, documento apresentado pelo Professor Aloysio de Salles Fonseca, Presidente do INAMPS à reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde—CONASS, em 1984. Mesmo correndo o risco da crítica pela extensa citação, é por demais esclarecedor para nossos propósitos o texto deste documento, o que é constatável por sua leitura:

A Coordenação Regional do Sudeste do “CONASS” divulgou, em julho de 84, documento intitulado “A questão da saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático.”

Nele (...) descrevem, sucintamente o quadro sanitário nacional e apresentam dez diretrizes gerais de um plano de ação, que propõe sejam debatidas por todos os segmentos sociais, em especial, o Congresso Nacional, partidos políticos e a sociedade civil organizada.

O documento não se refere, sequer, ao Plano do CONASP, que desde 1982 está sendo implantado pelo INAMPS, tendo como estratégia fundamental as "AIS" designadas, a partir de 1984, pela CIPLAN, como política oficial do setor saúde (...)

O diagnóstico e as diretrizes desses planos são em tudo equivalente. A diferença entre eles, entretanto, está no fato de que o documento do CONASS-Sudeste, propõe a estruturação imediata de um *sistema unificado de saúde*, coordenado pelo Ministério da Saúde, sem alusão ao que o "MPAS" vem promovendo.

Na medida em que é impossível desconhecer o papel convocatório e impulsor exercido pelo CONASP e pelo INAMPS, nos dois últimos anos, no sentido de reorientação do modelo de assistência à saúde no país, o provável esquecimento pode significar que, implicitamente, se está admitindo que, no próximo governo, a estratégia das Ações Integradas de Saúde possa ou deva ser abandonada e, abruptamente, substituída por uma mudança estrutural significativa (...)

Aliás, no Encontro sobre Ações Integradas de Saúde realizada em agosto deste ano, em Curitiba, não foi outra a questão central discutida: - *criação imediata do Sistema Único de Saúde, ou preservação da estratégia das Ações Integradas de Saúde, em nova conjuntura política.*

Penso que a reflexão dessa Reunião deva, antes de tudo, recair sobre algumas questões fundamentais e atuais do setor saúde do país, entre as quais destaco as seguintes:

1. a fusão do Ministério da Saúde e do INAMPS
2. a descentralização
3. o financiamento
4. o controle social
5. a co-participação dos setores públicos e privados
6. a política de pessoal.⁶⁰

Estrutura de Gestão

Inicialmente cabe considerar que a organização administrativo-gerencial do setor público de saúde compõe-se de três instâncias: federal, estadual e municipal.

As AIS instituíram uma estrutura de planejamento, gestão e acompanhamento específica: as Comissões Interinstitucionais de Saúde. Além da CIPLAN no nível federal, CIS a nível estadual e CIMS a nível municipal, instituem mais dois níveis: o regional CRIS e o local CLIS.

A CIPLAN tem por atribuição a integração a nível federal e o acompanhamento, a nível nacional, das AIS. Órgão deliberativo, é integrado por representantes dos

Ministérios da Saúde, Previdência Social e Educação e Cultura e pelo presidente do CONASS.

As CIS são os órgãos de maior destaque,“(...) instâncias decisórias e gestoras” das AIS em cada Unidade Federada. É a instância que apresenta maior discriminação de atribuições: promover integração programática, garantir a aplicação e a compatibilidade de todos os recursos financeiros, assegurar a participação dos municípios, buscar estratégia de universalização do atendimento e propor alterações complementares e necessárias ao acompanhamento das AIS. Integram as CIS: Secretário Estadual de Saúde, Superintendente Regional do INAMPS, representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura.

As CIMS e CLIS são definidas como instâncias de planejamento e gestão em nível municipal e local. Integram as CIMS/CLIS: representantes da Secretaria Municipal de Saúde ou da Prefeitura, entidades comunitárias, sindicais, gremiais.

As CRIS são instâncias de planejamento e acompanhamento. Integram as CRIS os representantes das instituições convenientes.

É interessante observar que, em relação às CRIS, é estabelecido que estas correspondem a “(...) regiões de saúde das Unidades Federadas, obedecida à regionalização da CIPLAN.” Portanto, mesmo no interior da Unidade Federada o critério de regionalização é dado pelo nível federal.

Quanto às CIMS e CLIS, estas são as únicas instâncias onde é previsto a participação da sociedade organizada. É estabelecido que terá um representante da Secretaria Municipal de Saúde, sem definir especificamente o Secretário Municipal de Saúde, a exemplo das CIS.

Em relação às CLIS, “(...) correspondendo (...) a um conjunto de municípios, de acordo com critérios geográficas, demográficos, funcionais e políticos a serem propostos pela CIS”, observa-se situação semelhante ao critério de regionalização. É a instância superior que propõe as dimensões do local, não se define a possibilidade de, no interesse de um conjunto de municípios, estes proporem uma CLIS.

A estrutura de gestão proposta pelo SUDS mantém a CIPLAN e a CIS, altera os nomes das CIMS e CRIS que passam a ser denominadas Comissão Municipal de Saúde e Comissão Regional de Saúde, respectivamente. Não faz referência às CLIS. Em relação as CIS, propõe ampliar suas responsabilidade sem chegar a qualquer especificação.

O SUS estabelece como instâncias de direção do sistema o Ministério da Saúde a nível federal, as Secretarias Estaduais de Saúde a nível estadual, e as Secretarias Municipais de Saúde a nível municipal; define ainda duas instâncias colegiadas em cada nível de governo, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Essas instâncias têm por atribuição propor diretrizes e controlar a execução das políticas.

O SUS altera significativamente o modelo de gestão instituído pelas AIS e mantido pelo SUDS, ao definir as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais como as instâncias de direção em cada nível de governo.

Assim, durante a vigência das AIS e do SUDS, o setor saúde passou a contar com uma estrutura alternativa de gestão. O SUS veio alterar significativamente esse modelo de gestão, retomando o modelo anterior às AIS: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. No entanto, as instâncias criadas pelo SUS, Conferências e Conselhos de Saúde, mantêm a tendência observada nas AIS e no SUDS, de criação de espaços decisórios fora da estrutura MS/SES/SMS.

Minha experiência profissional no período de 1985 a 1987 permitiu formular uma apreciação sobre o modelo de gestão instituído pelas AIS no município e no Estado do Rio de Janeiro. Em 1985, participei do projeto “Reorganização dos Serviços de Emergência da AP 3.1” desenvolvido pelo Serviço de Saúde Coletiva, do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho — HUCFF, da Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ. Integraram o estudo os sete serviços de emergência da área: HUCFF, Hospital Geral de Bonsucesso — HGB, Hospital Estadual Getúlio Vargas — HEGV, Hospital Municipal Paulino Werneck — HMPW, Posto de Assistência Médica da Penha — PAM Penha, PAM Ramos, PAM Ilha do Governador.

O grupo de trabalho das Emergências representou importante fórum de discussão para o delineamento do estudo e para a etapa de levantamento de dados. Esse grupo congregava a direção dos serviços de emergência acima e tinha por objetivo discutir os problemas e buscar alternativas que dessem maior viabilidade à assistência a situações de emergência. Representava um espaço institucional importante, pois reunia representantes de instituições diversas com atuação na área: Ministério da Educação e Cultura — HUCFF; Ministério da Previdência e Assistencial Social/INAMPS — HGB e os três PAMs; Secretaria Estadual de Saúde — HEGV; Secretaria Municipal de Saúde — HMPW.

Esse grupo, entre outros, foi designado pela CEAP — Comissão Executiva da Área Programática, com a aprovação do GEL — Grupo Executivo Local, para estudos e propostas em relação a questões específicas, no caso, o atendimento de emergência.

A CEAP e o GEL foram instâncias instituídas a partir do convênio assinado entre a UFRJ e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, para viabilizar a proposta de integração docente-assistencial na 20ª RA, área de influência da UFRJ, na AP 3.1.⁽¹⁾

Com o advento das AIS, essas instâncias passam a integrar a CIMS — Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. O GEL passa então a designar o fórum do

¹ O município do Rio de Janeiro está dividido em Regiões Administrativas — RA e Áreas de Planejamento — AP

qual participam todos os diretores das unidades de saúde da área e representantes dos moradores da região, e a CEAP passa a contar com um representante de cada instituição: Universidade, Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e representantes da associação de moradores, em cada AP.

Constituiu-se, portanto, um espaço de integração das instituições prestadoras de serviços de saúde na área, onde a discussão dos problemas e a busca de soluções eram levadas a efeito pelos principais interessados: profissionais e usuários dos serviços de assistência à saúde.

Apesar das dificuldades e soluções de continuidade, houve o início de um movimento de integração institucional e devolução do processo decisório para mais próximo da ação.

No período de 1986/87, frente à perspectiva de municipalização dos serviços próprios do INAMPS-RJ, foi realizado um estudo⁶¹ visando identificar, num conjunto de municípios previamente selecionados, aqueles que apresentavam condições mais favoráveis para o processo de municipalização dos serviços de assistência à saúde.

Dos 22 municípios que integraram o estudo, 41% pertenciam à Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 18% à Região Serrana, 18% à Região Norte Fluminense, 14% à Região Médio Paraíba e 9% à Região Baixadas Litorâneas. Os municípios foram reunidos em quatro grupos, segundo o porte, dado pelo quantitativo populacional: Grupo A — até 50.000 hab. — 27% dos municípios; Grupo B — até 150.000 hab. — 27% dos municípios; Grupo C — até 300.000 hab. — 23% dos municípios; e grupo D — mais de 300.000 hab. — 23% dos municípios.

Na investigação sobre a participação das Secretarias Municipais de Saúde — SMS na rede de serviços de assistência à saúde, isto é, a experiência das SMS em gerenciar serviços de saúde, observou-se que esta variava de 10% a 70% do total dos serviços domiciliados no município. Em apenas 18% dos municípios a participação era maior que 50%. Se considerado o tipo de participação verifica-se que em 63,6% dos municípios os serviços oferecidos pela SMS referiam-se à assistência realizada em Posto de Saúde (atendimento básico), e em apenas 36% dos municípios a SMS oferecia serviços de internação.

Outro aspecto investigado e que interessa aqui relatar refere-se às Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde — CIMS. Observou-se a presença formal da CIMS em 100% dos municípios considerados. Atenção especial foi dada na investigação de quem sediava e de quem presidia a CIMS. Em 45% dos municípios o presidente da CIMS era o secretário municipal de Saúde e em 13% o presidente era o representante do Órgão Local — OL do INAMPS. Em 40% dos municípios a sede da CIMS era no OL/INAMPS.

Portanto, se considerarmos esse conjunto de municípios como representativo do Estado do Rio de Janeiro, o nível municipal, neste período, apresentava uma situação incipiente na assistência à saúde, ao mesmo tempo que estava se processando a criação de um espaço institucional novo, em nível municipal.²

AS CATEGORIAS

Desconcentração

O setor saúde (nível federal), no Brasil, organizou-se de forma centralizada, desenvolvendo ao longo do tempo estruturas desconcentradas (Ministério da Saúde) ou nascendo mesmo de forma desconcentrada (MPAS/INAMPS). Na década de 1980 e início dos anos 1990, no processo de reordenação do setor, ocorreram mudanças que afetaram fortemente sua organização desconcentrada: extinção das coordenadorias regionais e campanhas nacionais no Ministério da Saúde, reestruturação das Superintendências Regionais do INAMPS, criação das Superintendências Federais de Saúde no Ministério da Saúde.

A organização federativa, simpática à descentralização, define as seguintes instâncias de gestão do setor saúde: no nível federal os Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência Social (MPAS); no nível estadual as Secretarias Estaduais de Saúde (SES); e, a nível municipal, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Cada uma dessas estruturas sendo autônoma em relação às demais.

A criação ou manutenção de instâncias gerenciais como (1) CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS e CLIS, nas Ações Integradas de Saúde (AIS), (2) CIPLAN, CIS, CRS e CMS, nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), e (3) os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde no, Sistema Único de Saúde (SUS), organizaram uma estrutura de gestão alternativa, paralela à estrutura MS-SES-SMS.

Além de se constituírem em uma estrutura paralela, criavam a possibilidade de interferência dos níveis superiores, considerando a subordinação hierárquica entre as instâncias de gestão no caso das AIS e do SUDS. No SUS a legislação define a criação de Conselhos de Saúde em cada instância de governo; portanto,

² Evidentemente, esses relatos referem-se a experiências extremamente limitadas e sem pretensão de qualquer generalização. A intenção é apenas tentar mostrar a repercussão das políticas estabelecidas. E também apontar para a questão do tempo: em 10 anos, três propostas de reestruturação, mesmo advogando princípios e diretrizes comuns, acabaram por apresentar repercussão na operacionalização, frente às mudanças estabelecidas em cada uma delas.

os níveis estadual e municipal passam a contar, na sua organização e gestão, com estruturas cujas atribuições foram definidas pelo nível central.

A criação dessas estruturas, em vez da utilização das estruturas existentes — SMS, SES — permitiu ao nível central maior controle do processo. Estas novas estruturas criaram a possibilidade dos estados e municípios passarem a funcionar como órgãos desconcentrados da União. Não basta ser do setor saúde SES, SMS para integrar o sistema: é necessário pertencer a esta estrutura paralela/alternativa, é necessário cumprir uma série de exigências para fazer jus aos recursos financeiros. O nível central pode a qualquer momento mudar as regras do jogo; trata-se, pois, de uma situação mais pertinente à desconcentração do que à descentralização.

Assim, no processo de reordenação do setor saúde, o que efetivamente ocorreu foi a mudança do modo de atuação desconcentrada do setor saúde. De qualquer modo, e considerando a atuação restrita da maioria das Secretarias até então, a participação das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais nesse processo pode ser considerado como um elemento fortalecedor e estimulante desses níveis de governo na reordenação do setor.

A atual organização do Ministério da Saúde apresenta elementos que fortalecem a observação de que a desconcentração é a tendência do sistema.

No decreto nº 109, de 2 de maio de 1991,⁶² que aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, cabe destacar alguns pontos :

Quanto à estrutura:

III— órgãos específicos

b) Secretaria Nacional de Assistência de Saúde (SNAS)

1. Departamento de Programas de Saúde
2. Departamento de Sistematização e Normas
3. Departamento do SUS
4. Instituto Nacional de Câncer

IV— órgão colegiado: Conselho Nacional de Saúde

V— órgãos regionais: Superintendências Regionais de Saúde

VI— entidades vinculadas

a) autarquias

2- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Quanto à competência:

§ Compete ao Departamento de Programas de Saúde:

- elaborar, apoiar e avaliar programas de abrangência nacional;
- desenvolver projetos técnico- operacionais no campo da assistência à saúde.

§ Compete ao Departamento do SUS, entre outras:

- gerir os processos de implementação do SUS;
- coordenar, acompanhar e avaliar a execução das ações de saúde desenvolvidas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- coordenar, supervisionar e apoiar o desenvolvimento da organização e funcionamento dos sistemas assistenciais de saúde

§ Compete as Superintendências Federais de Saúde, entre outras:

- coordenar e supervisionar as atividades do Ministério da Saúde nas Unidades Federadas;
- promover a implementação e a implantação de serviços assistenciais à saúde de sistemas locais;
- promover o caráter unidirecional de atuação dos órgãos e entidades descentralizadas do Ministério da Saúde.

§ Compete ao Conselho Nacional de Saúde entre outras:

- opinar e decidir sobre: Política Nacional de Saúde, planos estaduais de saúde, encaminhados pelos respectivos conselhos, divergências suscitadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde
- elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados pelo SUS, aos Estados, Distrito Federal e Municípios,
- acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio.

O Documento *Construindo o SUS*⁶³ traz informações complementares:

“O Departamento de Programas está estruturado de modo a desenvolver uma série de atividades que vão permear o sistema.” O Departamento está organizado em três Coordenações:

- de programas sistêmicos, “que estão voltados para recuperação das redes de serviços”; incluem controle de infecção hospitalar, sangue e hemoderivados, alta complexidade e emergência e trauma;
- de programas clínico-sanitários, “que está voltado para os principais indicadores da saúde brasileira”; incluem câncer, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, saúde bucal, saúde mental, doenças crônicas degenerativas e doenças cardiovasculares; e

— de programas para grupos populacionais, “que tem basicamente duas áreas de atuação”: saúde materno-infantil e atenção a grupos especiais (trabalhadores, idosos e deficientes físicos).

O INAMPS apoia fortemente a SNAS, porquanto é um órgão que tem projeções nos estados e que no futuro, integrarão as superintendências do Ministério da Saúde nos estados.

Em cada capital contamos com uma coordenadoria do INAMPS, que tem a estrutura idêntica à da Direção-Geral: Auditoria, Procuradoria, Comunicação com o Usuário e áreas de recursos humanos e de administração patrimonial onde, a nível regional, fundem-se o Planejamento com o Controle e Avaliação. Há ainda a área de controle e avaliação dos serviços assistenciais.⁶³

Portanto, temos convivendo no SUS a nível de cada Unidade Federada as seguintes estruturas do Ministério da Saúde: Superintendências Federais de Saúde, Coordenadorias do INAMPS e outros órgãos desconcentrados do Ministério.

Assim, se o SUS define as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como instâncias de direção do Sistema Único de Saúde nos níveis estaduais e municipais respectivamente, por que cria estruturas desconcentradas de atuação regional no Ministério? Não seriam as secretarias suficientes para a coordenação em seu próprio âmbito de atuação?

Redistribuição do Poder

Quanto a redistribuição de poder essa categoria limita-se à identificação do nível de governo priorizado nas políticas de saúde para cumprir com a diretriz de descentralização.

É possível identificar uma unidade entre as propostas das AIS e do SUDS que se rompe com o SUS. AIS e SUDS têm uma proposta eminentemente federalista, de fortalecimento da federação. As AIS propõem a constituição de sistemas estaduais de saúde, e o SUDS como diz o próprio nome, são Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. O SUS rompe com esse movimento ao eleger o município como elemento privilegiado para a descentralização.

A Lei nº 8.142/90 determina, com muita clareza, que os municípios tenham conselhos municipais de saúde, planos municipais de saúde, uma política de recursos humanos, um sistema de auditoria, controle e avaliação dos serviços que produz e que apliquem os recursos de seu orçamento municipal na saúde. Isso vale também para os estados. Mas é importante enfatizar sempre o aspecto dos municípios: o Sistema Único de Saúde é um sistema essencialmente municipalista.⁶³ [o grifo não consta no original]

A mudança do nível privilegiado para a descentralização do Estado para o município enfraquece a proposta de federação, representando uma solução de continuidade em relação às propostas anteriores. Tal situação pode ser indicativo do fortalecimento do nível central. Primeiro, porque enfraquece ou esvazia o nível estadual, e, segundo, porque, considerando o desenvolvimento das estruturas municipais (da grande maioria), é possível supor uma subordinação destes ao nível central, que conta para isso com estruturas desconcentradas a nível de cada unidade federada.

Considerando as dimensões do País, as especificidades regionais, o grande número de municípios, fazer operar um sistema da assistência à saúde onde o nível estadual tem pouca expressão reforça o argumento da desconcentração.

A convergência entre AIS e SUDS, que elegeram o nível estadual como instância prioritária para o processo de devolução de poder, cria um efeito sinérgico para o processo de descentralização. A divergência entre AIS/SUDS e SUS — esta última proposta elege o nível municipal para a devolução de poder, opondo-se as propostas AIS/SUDS — cria um movimento antagônico, uma solução de continuidade no processo de descentralização.

Coordenação do Setor

Embora a descentralização conste como diretriz nas três propostas, a integração foi sem dúvida o elemento central nas AIS, e a unificação, o elemento central no SUDS.

Nas AIS o próprio nome, Ações Integradas de Saúde, além das comissões interinstitucionais, a programação e orçamentação integrada — POI, são exemplos da importância da integração.

No SUDS a operacionalização da unificação do nível central pode ser apreciada na coletânea da legislação básica do SUDS, onde é possível acompanhar todo processo de reestruturação do INAMPS e a passagem à um único órgão no nível central do setor.

Portanto, a primeira política promove, acima de tudo, a integração do setor; a segunda acaba por unificar o nível central INAMPS e MS. Essa unidade, obtida pela união das estruturas do nível central, dando maior possibilidade de coordenação ao setor, suscita no entanto algumas questões, como, por exemplo, a extinção das estruturas desconcentrada, como eram as Superintendências Regionais do INAMPS, que foram parcialmente acopladas as Secretarias Estaduais de Saúde num período de tempo bastante curto para uma mudança organizacional de tal amplitude. Dessa forma, a possibilidade de coordenação

advinda da unidade poderia ser fictícia pela dificuldades oriundas do processo de unificação.

A presença na estrutura regimental do Ministério da Saúde,⁶¹ como órgão vinculado, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social informa das dificuldades do processo de unificação. Esclarecedor é o capítulo INAMPS do documento *Construindo o SUS*.

O Instituto de Assistência Médica da Previdência Social—INAMPS é um órgão cuja sigla diz exatamente o que ele não é: ele não é um instituto de assistência médica; ele não é da Previdência Social. Hoje o INAMPS é um instituto da **administração** de assistência médica, está vinculado ao Ministério da Saúde e não tem nada a ver com o INSS ou INPS.

(...) o INAMPS é do Ministério da Saúde e faz a administração da assistência médica.

O INAMPS possuía 670 unidades próprias de assistência médica — pouco mais de 600 postos e 50 hospitais. Hoje não tem mais nenhum porque praticamente todos — menos 27 unidades localizadas na Cidade do Rio de Janeiro e que estão em processo de transferência — já estão sob a gerência dos secretários estaduais e municipais de saúde.

O INAMPS tinha 125 mil funcionários (...) e tem hoje na sua nova estrutura, nove mil. Os demais foram cedidos a estados e municípios. É um instituto que tinha 10.500 funções de confiança e tem cerca de 900 nesse momento.⁶³

Assim, se no início da década de 1980 o INAMPS foi hegemônico na condução do setor, no início dos anos 1990 esse lugar é ocupado pelo Ministério da Saúde; no entanto, o INAMPS continua a ser um elemento forte no sistema.

Os elementos presente no critério origem informam sobre a hegemonia do MPAS/INAMPS na condução da política de saúde nas AIS. É no interior do INAMPS que a proposta é formulada, e, como afirma o Resolução nº CIPLAN -7

No momento atual, porém, o que nasceu como um programa institucional do INAMPS, passou a ser assumido, pelos demais Ministérios e Secretarias de Saúde dos Estados, como eixo comum sobre o qual deve-se caminhar, daqui para a frente, no sentido real da integração.⁹

CONCLUSÕES

Retomando as questões formuladas inicialmente, podemos resumi-las nos seguintes tópicos: um referente à questão da continuidade/descontinuidade das políticas de saúde no período de 1983/93; outro referente à tendência do processo de redistribuição de poder.

Quanto à continuidade/descontinuidade das políticas, os elementos de ruptura que emergem durante o período não chegam a caracterizar as três propostas como momentos independentes. A discussão dos critérios apresentam argumentos mais favoráveis à continuidade.

A identidade de princípios e diretrizes encontrada nas três propostas, considerando que este critério refere-se aos valores e às proposições às quais está subordinado o desenvolvimento das políticas, é um forte argumento a favor da continuidade.

As diferenças encontradas na origem e nos instrumentos legais, mais aproximam do que separam as propostas. Tais diferenças podem ser interpretadas como resultado de um movimento onde cada proposta, condicionada ao momento histórico, representou uma etapa. Ao longo do período a formulação e a regulamentação das políticas de saúde foram-se tornando mais participativas e ganhando maior expressão formal na ordenação do sistema.

Entendendo os objetivos como elementos fortemente condicionados pela ambiência e expressão do que se pretende em termos operacionais, as divergências assinaladas podem ser consideradas mais como particularidades necessárias a cada proposta do que um indicativo de descontinuidade.

As AIS e o SUDS apresentam elementos consistentes em favor da continuidade: o SUDS propõe-se a aprofundar, aprimorar as AIS, mantém, com pequenas alterações, a estrutura de gestão das AIS, confirma o nível estadual como instância privilegiada para a descentralização.

Um elemento expressivo em favor da descontinuidade é a mudança do nível de governo privilegiado no SUS para a descentralização. O SUS rompe com as propostas anteriores, ao eleger o município como instância com privilégio para a descentralização.

Quanto ao processo de redistribuição de poder cabe inicialmente assinalar que: (1) antes do movimento de reordenação, iniciado na década de 1980, o nível central organizava-se de modo desconcentrado; (2) durante a vigência das AIS e do SUDS, mantém-se o processo de desconcentração, porém este assume

características distintas dos períodos anteriores, ou seja, as estruturas paralelas de gestão; (3) o SUS, extingue as estruturas paralelas porém, estabelece uma organização desconcentrada para o nível central, retomando, assim, o modo de atuação anterior.

Portanto, pode-se dizer que a desconcentração é efetivamente o processo de distribuição de poder no setor saúde.

Como a desconcentração pode favorecer a centralização ou a descentralização, podem-se delinear duas possíveis tendências: (1) a desconcentração está organizando e fortalecendo os níveis estaduais e municipais e redefinindo as funções do nível central, e neste caso o setor saúde está caminhando para a efetiva descentralização ou (2) a desconcentração, mantendo a tendência anterior de centralização, está apenas acrescentando maior racionalidade ao sistema.

Cabe retomar o contexto e perguntar, se com a história da organização do setor saúde, a descentralização a partir da desconcentração não é o processo mais adequado.

Como afirmam vários autores, a desconcentração pode ser elemento essencial à descentralização ou à centralização. Portanto, é fundamental, primeiro, reconhecer que estamos no movimento de desconcentração, e, depois, tentar verificar se este movimento está favorecendo e estruturando a descentralização ou se ele apenas representa a atualização da centralização.

**Referências
Bibliográficas**

1. RODRIGUES, B. A. e ALVES, *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília, 1977.
2. BRAGA, J. C. S. e PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo : Cebes-Hucitec, 1981.
3. BRASIL. *Anais da VII Conferencia Nacional de Saúde*. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.
4. BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação — CIPLAN. Resolução nº CIPLAN-6, de 3 de maio de 1984. Aprova o documento *Normas Gerais Aplicáveis às Ações Integradas de Saúde*. Brasília, 1984.
5. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. *Dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS)*. Brasília, 1987.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção , proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente*. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.
7. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social — INAMPS. *Coletânea da Legislação Básica:- SUDS* .Brasília. Jan, 1989.
8. BRASIL. Ministério da Saúde — INAMPS. *Coletânea de Legislação Básica: nova política de financiamento do SUS*. Brasília, 1991.
9. BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação — CIPLAN. Resolução nº CIPLAN-7, de 3 de maio de 1984 . Aprova o documento “*Ações Integradas de Saúde — Orientação para a Programação Anual e Avaliação Conjunta*”. Brasília, 1984.
10. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social— MPAS-INAMPS- SUDS — Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. *Exposição de Motivos dos Ministros da Saúde e da Previdência Social ao Presidente da República* de 10 de julho de 1987. Brasília, 1987.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 20 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde — SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde. Assessoria de Comunicação Social, Brasília, 1991.
12. FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Ed. Nova Fronteira, 9. impr.
13. PEULMA, H.L.F. *Sistemas locais de salud*. Revisión conceptual jurídica. Los sistemas locales de salud. Geneva : OPAS/ OMS. Publicacion Cientifica N. 519, 1990.
14. VIEIRA, P. R. *Em busca de uma teoria da descentralização: uma análise comparativa em 45 países*. RJ: Fundação Getúlio Vargas: INDOC, 1971.
15. LABORITT, H. *Deus não joga dados*. São Paulo : Trajetória Cultura, 1988.

- 16.ROVERSI-MONACO. Descentralização e Centralização: *in Dicionário de Política*. N. Bobbio, N. Matteucci, G. Pasquino. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1986.
- 17.PALMA, E. e RUFIAN, D. Los procesos de descentralizacion y desconcentraci3n de las políticas sociales en America Latina: enfoque institucional. *Seminario Interagencial acerca de la descentralizacion y desconcentraci3n de los sectores y los servicios sociales*. Brasília: ILPES/OPS/OMS/UNICEF,1989.
- 18.MOTTA, F.C.P. e PEREIRA,L.B. *Introdução as organizações burocráticas*. São Paulo : Ed. Brasiliense, 5. ed., 1986.
- 19.MILLS, A. Conceptos y problemas de la descentralizacion: exame general. *Descentralizacion de los sistemas de Salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Genebra : OMS, 1990.
- 20.BELMARTINO, S. *Políticas Neoliberales en Salud* : La discusión de una alternativa. Apresentado no taller internacional de Medicina Social que se seguiu ao VI Congresso Mundial, en las Palmas, Canárias, [Argentina : Ed. de Cadernos Médico Sociales de Rosário], set. 1989.
- 21.OSZLAK, O. *et al. Descentralizacion de los sistemas de salud* : el Estado y la salud : Los sistemas locales de salud. Genebra : OPAS/ OMS Publicacion Cientifica N 519, 1990.
- 22.PALMA E. e RUFIAN D. La desconcentraci3n administrativa y las prestaciones sociales. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, v. 109, n. 5, 6, 1990.
- 23.PAGANINI,J.M.,& CHORNY,A.H. Los sistemas locales de salud : Desafios para la decada de los noventa. *Bol. Of. Sant. Panam*. Washington, v. 109, n. 5, 6, 1990.
- 24.BERGSTEN, C.F. A economia mundial após a guerra fria. *O Brasil e a nova ordem internacional*. Expressão Cultural : FGV, 1991.
- 25.FUKUYAMA, F. A crise global do autoritarismo. *O Brasil e a nova ordem internacional*. Expressão Cultural : FGV, 1991.
- 26.LANGONI, C.G. A economia brasileira e a nova ordem internacional. *O Brasil e a nova ordem internacional*. Expressão Cultural : FGV, 1991.
- 27.TEIXEIRA, S. M. F. *Descentralizaç3o dos serviços de saúde* : dimens3es analíticas. Cadernos da Nona. IX Conferencia Nacional de Saúde. Brasília : UNB, v. I.1, 1992.
- 28.BRASILEIRO, A. M. *O Federalismo Cooperativo*. Revista Brasileira de Estudos Políticos
- 29.COSTA, N.R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário* : origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro : Ed. Vozes/ABRASCO, 1986.
- 30.OLIVEIRA, J.A. e TEIXEIRA, S. M. F. *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social*. Petrópolis : Ed. Vozes, 1985.
- 31.SOARES, J. T. *Planejamento e Administraç3o no Brasil: tentativas e realizaç3es nos últimos cinqüenta anos*. Fortaleza : Ed. UFC, 1985.

32. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 9.387, de 20 de junho de 1946. Institui a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. *Legislação Federal do Setor Saúde*. Brasília, v. I, 3. ed., 1978.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959. Institui a Campanha Nacional contra a Lepra. *Legislação Federal do Setor Saúde*. Brasília, v. I, 3. ed., 1978.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 3.736, de 22 de março de 1960. Institui a Fundação das Pioneiras Sociais. *Legislação Federal do Setor Saúde*. Brasília, v. I, 3. ed., 1978.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960. Transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública. *Legislação Federal do Setor Saúde*. Brasília, v. I, 3. ed., 1978.
36. BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Brasília : Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde. *Legislação Federal do Setor Saúde*. Brasília, v. III, 3. ed., 1978.
38. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistencial Social. *A reorganização e a racionalização da Previdência Social*, Brasília, 1977.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro de 1967. Institui a Campanha Nacional de Saúde Mental. *Legislação Federal do Setor Saúde*, Brasília, v. II, 3. ed., 1978.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 61.968, de 22 de dezembro de 1967. Institui a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. *Legislação Federal do Setor Saúde*, Brasília, v. II, 3. ed., 1978.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 6-A/Bsb, de 2 de janeiro de 1978. Aprova o Regimento Interno das Coordenadorias Regionais de Saúde. *Legislação Federal do Setor Saúde*, Brasília, v. IV, 3. ed., 1978.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. *Legislação Federal do Setor Saúde*, Brasília, v. III, 3. ed., 1978.
43. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Sistema Nacional de Saúde*. Contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde" da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1975.
44. BRASIL. *Diretrizes Setoriais do Presidente João Figueiredo*. Brasília: Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, 1980.
45. NIOCHE, J.P. & POINSARD, R. *L'evaluation des Politique Publique*. Paris : Economica , 1984.
46. SUBIRATIS, J. *Analisis de políticas publicas y eficacia de la administración*. Madrid : Instituto Nacional de Administración Pública, 1989 .

47. HIRCHMAN. *La política y el análisis de la Política en la América Latina* : un viaje de regresso. sd
48. ENCONTRO Popular para Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 11, p.48-49, 1981.
49. EDITORIAL. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 17, jul. 1985.
50. FONSECA, A. S. A reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social : Primeiro ano. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 106-146, 1985.
51. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ofício de encaminhamento do Plano, enviado pelo Dr. Aloysio de Salles Fonseca, presidente do CONASP ao Ministro da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social*, 1983.
52. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral*. Eugênio V. M. Brasília, 1987.
53. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Descentralização e democratização do Sistema de Saúde*. Cristina A. P. Brasília, 1987.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *O Sistema Unificado de Saúde como Instrumento da Universalização e Eqüidade*. José A.H.S. Brasília, 1987
55. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Reordenamento do Sistema de Saúde*. Eleutério R. N. Brasília, 1987
56. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Discurso Pronunciado na Cerimônia de Abertura. Raphael A. M. Brasília, 1987
57. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Democracia é Saúde*. Antônio S. S. A. Brasília, 1987
58. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *A Participação de Todos na Construção do Sistema Unificado de Saúde*. Hésio A.C. Brasília, 1987
59. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília, 1987
60. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social — INAMPS. *Plano do CONASP* : dois anos de aplicação. Brasília, 1984.
61. Relatório Setorial de Avaliação da Estrutura e Desempenho dos Serviços de Saúde Sediados nos Municípios - Projeto de Municipalização dos serviços de Saúde. INAMPS - SRRJ / CEBRADE. set. 1987
62. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 109, de 02 de maio de 1991. Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 03 de maio de 1991.
63. BRASIL Ministério da Saúde — INAMPS. *Construindo o SUS*. Brasília: INAMPS, 1991.