

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

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL:
Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS

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

HELIANA MARINHO DA SILVA

Rio de Janeiro, 1996

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

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL:

Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS

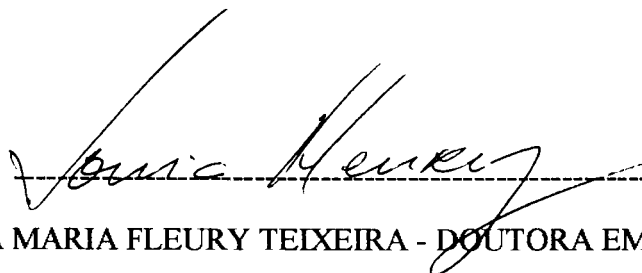
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR

HELIANA MARINHO DA SILVA

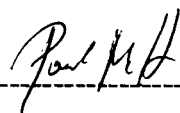
E

APROVADA EM 05/06/96

PELA COMISSÃO EXAMINADORA

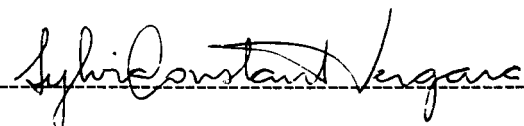


SÔNIA MARIA FLEURY TEIXEIRA - DOUTORA EM CIÊNCIA POLÍTICA



PAULO ROBERTO DE M. MOTTA - DOUTOR EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

(PhD)



SYLVIA CONSTANT VERGARA - DOUTORA EM EDUCAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O objetivo central desta dissertação é identificar as situações que interferem na implantação da atual Política de Saúde no Brasil, considerando, principalmente, as ações empreendidas para a sua institucionalização. Os referenciais de análise estão configurados nos princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, quais sejam: Descentralização, Universalidade, Integralidade, Equidade e Controle Social.

Na primeira parte do estudo são apresentados os antecedentes históricos da Política de Saúde, com ênfase nos elementos que caracterizaram o cenário de atuação dos diferentes órgãos envolvidos nessas atividades ao longo do tempo. Neste sentido, são resgatados os limites de participação do Ministério da Saúde, responsável pela organização das atividades de saúde coletiva, notadamente do controle de endemias, bem como a estruturação das ações assistenciais, consolidadas no âmbito do Sistema Previdenciário.

Considerando que o processo de implantação dos princípios do SUS tem exigido a introdução de mudanças significativas nas práticas profissionais, bem como nas formas de relacionamento das instituições responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde, destaca-se, como eixo de análise da segunda parte do trabalho, a verificação do grau de implantação da estratégia política de descentralização. Esta estratégia foi compreendida, em concordância com a definição do Grupo Especial para Descentralização (GED), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, como “um processo de transformação que envolve a redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de Governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de Governo e controle social” (MS, 1993:11). Parte-se do pressuposto que a descentralização, por suas implicações políticas, técnicas, financeiras e gerenciais, poderá ser o princípio viabilizador das demais diretrizes do sistema.

Nesta lógica, o estudo contemplou a análise das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), arquitetados como estratégia política para viabilizar a gradativa implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Objetivavam romper com a dualidade de comando da política de saúde, favorecendo a quebra da histórica dicotomia entre ações de natureza curativa e preventiva, realizadas pelo Ministério da Saúde e da Previdência, respectivamente. Ainda neste intento, destacam-se, iniciativas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e o Plano de Reorganização da Assistência Médica à Saúde, elaborados de acordo com princípios posteriormente defendidos no âmbito da Reforma Sanitária, nos anos 80.

É objeto da terceira parte do trabalho a verificação das condições de implantação do SUS, com análise dos seus instrumentos jurídicos e atribuições formais, considerando-se: (i) as competências das esferas de governo; (ii) o controle social, através da participação da população; e, (iii) as condições para o financiamento do sistema. Apresenta, em particular, os reflexos das transformações induzidas no setor com a reformulação do perfil de atuação dos agentes públicos e privados, bem como as dificuldades para o estabelecimento de critérios consistentes para o custeio das ações de saúde.

À guisa de conclusão, o objeto da quarta parte da dissertação é o diagnóstico do contexto sanitário para a implantação do SUS, bem como do escopo de atuação previsto para os órgãos envolvidos. Esta avaliação foi feita a partir do relacionamento, em matriz de dupla entrada, de grupos de variáveis tidos como resultantes das responsabilidades institucionais definidas formalmente pelo SUS, entre os quais sobressaem-se três conjuntos: (i) direção do sistema, regulamentação e normalização, formulação de políticas, formulação de programas, coordenação e articulação de ações, fiscalização e controle, financiamento,

capacitação de recursos humanos e promoção de descentralização; (ii) rede de instituições responsável pela implantação da Política de Saúde; e, (iii) indicadores da representatividade dos órgãos na gestão do Sistema.

A utilização da Matriz, como instrumento de análise, enfatiza o fato de que a implantação do SUS é, a despeito de importantes variáveis políticas, uma ocorrência interorganizacional, indicando que sua implementação se dará através de estruturas administrativas e processos de trabalho específicos.

Observe-se que a identificação de responsabilidades a serem desempenhadas por diferentes agentes e esferas de Governo, tanto no plano político-institucional, quanto no plano operacional, ressalta o nível de condicionamento a que são submetidas as instituições e organizações responsáveis pela gestão do SUS. O exercício inadequado de seus papéis, apesar de formalizados em instrumentos legais, e as dificuldades encontradas para a articulação interorganizacional, certamente, interferem na implantação da política concebida.

No caso do Sistema Único, sem exclusividade, é importante considerar que os limites entre as fases de formulação e execução da política são pouco precisos. Sua implantação, em descompasso com o arcabouço legal constituído, carece de mecanismos que permitam ajustar órgãos e entidades administrativas à capacidade de utilização dos recursos decisórios, humanos, financeiros e materiais disponíveis e/ou necessários.

De maneira geral, fica evidente que a implantação do SUS, por seus princípios e escopo de atividades, exige mudanças de caráter político e social, bem como nos padrões de interação que, até então, sustentaram as ações no setor. As transformações demandadas geram expectativas e tensões na sociedade e na burocracia estatal, sentidas, distintamente, pelos grupos constituídos tanto pelos que se utilizam dos serviços oferecidos pelo Sistema, quanto pelos que promovem estes serviços. Os conflitos decorrem, em grande parte, da

insegurança provocada pelas alterações nos paradigmas de atendimento, financiamento e gerenciamento, cujo desenvolvimento tem favorecido a persistência de inúmeros problemas, gerando resultados que induzem à propagação de diagnósticos carregados de dilemas do cotidiano, retratando, muitas vezes, quadros assistenciais de natureza reativa e negativa quanto à qualidade dos serviços de saúde atualmente prestados.

RESUMO

A presente dissertação procura analisar as condições de implantação do Sistema Único de Saúde, identificando dilemas e desafios para a institucionalização do SUS. O estudo apresenta uma síntese histórica da Política Pública de Saúde no Brasil, ressaltando as dicotomias entre as ações de natureza preventiva, patrocinadas ao longo do tempo pelo Ministério da Saúde, e as de natureza assistencial, afetas ao Ministério da Previdência Social. Nesta perspectiva, o resgate do processo de formulação e implementação das ações integradas e descentralizadas de saúde comparece como de fundamental importância para a consolidação dos pressupostos do SUS, baseados nas diretrizes constitucionais de universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade na gestão do Sistema. Os limites desta consolidação são medidos através da verificação das competências das diferentes esferas de governo; do exercício do controle social pela população; e, das possibilidades de financiamento do sistema.

ABSTRACT

The present study analyzes the conditions of implementation of the Sistema Único da Saúde - SUS (Health System), identifying dilemmas and challenges involved in its institutionalization. A synthesized history of Public Health Policy in Brazil highlights the dichotomies between preventive measures developed by the Ministry of Health, and curative measures carried out by the Ministry of Social Welfare. The investigation reveals that a return to the process of formulation and implementation of integrated and decentralized health programs is of fundamental importance for the consolidation of SUS and its proposed programs that are based on the constitutional mandates of universality, integrity, decentralization and popular participation in the administration of the health system. The degree of success of this consolidation depends on the level of ability and skill in the different governmental entities, the level of responsiveness to the population, and the possibilities for future funding of the system.

ÍNDICE

Página

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS.....	ix
--	----

Apresentação.....	iii
-------------------	-----

Resumo/Abstract	viii
-----------------------	------

Capítulo

INTRODUÇÃO	01
I. ANTECEDENTES.....	08
1. A Saúde Pública	10
2. A Assistência Médica Previdenciária	22
II. AS AÇÕES INTEGRADAS E DESCENTRALIZADAS	40
1. Planos e Programas Específicos: PIASS e PREV-SAÚDE	40
2. AIS - Ações Integradas de Saúde.....	43
3. SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde	50
III. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	56
1. Competências das Esferas de Governo	68
2. Participação da População: O Controle Social	75
3. Financiamento do Sistema.....	79
IV. CONCLUSÃO.....	91
BIBLIOGRAFIA.....	113
Anexo I - Lista de Siglas	122

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro

I	Pré-Requisitos para o Enquadramento dos Municípios nos Modelos de Gestão....	64
II	Enquadramento de Municípios: Gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena	67
III	Competências das Esferas de Governo	71
IV	Responsabilidades dos Municípios Segundo a Condição de Gestão.....	72
V	Previsão de Fontes de Financiamento para o SUS.....	83
VI	Quantidade de AIHs Pagas por Região	87
VII	Distribuição da População e Equipamentos Hospitalares (1991)	88
VIII	Quantidade de AIH por População e Capacidade da Rede Hospitalar (1991)	89
IX	Casos de Agravos e Doenças Infecciosas e Parasitárias Notificados.....	93
X	Atuação Governamental na Política de Saúde.....	97
XI	Número de Leitos Oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.....	102

Tabela

I	Distribuição de Municípios Segundo a Existência de Conselhos de Saúde.....	77
II	Quantidade de Equipamentos Hospitalares por Entidade Mantenedora	103

Figura

I	Matriz Institucional Múltipla	108
---	-------------------------------------	-----

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil, ao longo dos anos, caracterizou-se por ser um eficaz instrumento de controle político e social do Estado sobre a classe trabalhadora formal. Objetivando, entre outras medidas, dar suporte à implantação do sistema produtivo nacional, o seu desenvolvimento tem sido direcionado para relativizar as contradições inerentes ao próprio sistema, contribuindo, dessa forma, para minimizar os efeitos nocivos das atividades econômicas sobre a sociedade industrial contemporânea.

Modelada inicialmente por ações restritas e dirigidas a uma classe claramente definida, o formato da política de saúde brasileira, e de outras políticas sociais, tem sido fundamental para a consolidação de uma ordem interna de mercado, atendendo, nesse sentido, à mesma lógica que tem motivado a atuação de outros países que optaram, tardiamente, pelo capitalismo industrial.

Nessa perspectiva, o poder público tem assumido um perfil ambivalente de atuação, muitas vezes paternal, deixando rastros de um Estado dadivoso que caminha com desenvoltura da dimensão econômica à social. Outras vezes, premido por circunstâncias políticas, assume um papel repressivo e autoritário, exercendo sua influência discriminatória sobre a sociedade. Nesse movimento, desperta e faz convergir interesses que, contraditoriamente, acabam reforçando seu papel enquanto agente intermediador dos processos sociais.

Atuando protegido pelo manto da técnico-burocracia, e mantendo frágeis relações com a sociedade, a definição da agenda de intervenções do poder público em políticas sociais, e notadamente em políticas de saúde, muitas vezes se distanciou das reais demandas existentes. Esta situação, acentuada pelos interesses contrários à participação estatal em políticas sociais, acaba tendo enorme responsabilidade na transformação das políticas de governo em peças de ficção, conduzidas, ao longo do tempo, a uma infundável sucessão de fracassos.

Para falar das políticas sociais no Brasil, mais precisamente das políticas de saúde, é necessário perceber a lógica do planejamento governamental implantado ao longo do tempo. No período anterior a 1930, fatores como a migração e complexificação social não haviam, ainda, assumido proporções que demandassem por intervenções estatais nessa área. De 1930 a 1937, o planejamento governamental era bastante embrionário, voltando-se, especialmente, para a implantação de uma legislação previdenciária e trabalhista que desse conta de acalmar os movimentos reivindicatórios do setor operário. O tratamento dispensado à questão social era meramente convencional apesar da consolidação de uma estrutura de saúde e educação com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, cuja função era absorver as questões relativas ao "ensino, à saúde pública e à assistência hospitalar" (Barcellos, 1983:25).

Na primeira fase do desenvolvimento das políticas sociais, a elite dominante era alimentada pela idéia de que a ascensão de Vargas, e seu regime autoritário de governo, promoveriam o desenvolvimento econômico e social do país. Ideologicamente, a criação de uma sociedade mais moderna representava a industrialização, cujo processo era conduzido pela conjugação de esforços de militares e setores dissidentes da aristocracia agrária nacional.

Nesse período, a estratégia intervencionista do Estado se materializou na criação de diversas instituições, satisfazendo a um sentimento nacionalista ascendente, sem que as experiências de planejamento incorporassem a problemática social em sua plenitude. A questão trabalhista foi a mais valorizada, atendendo, evidentemente, às demandas do projeto de modernização do país. Para tal, o poder público ofereceu um restrito leque de políticas sociais de corte protecionista e dirigidas ao segmento assalariado, oficializando, dessa forma, o que Santos (1993: 23) classificou de “estratificação da cidadania”.

O período de 1937 a 1945, conhecido como Estado Novo, favoreceu a consolidação da atuação estatal no campo das políticas econômicas e sociais pensadas, agora, de forma mais articulada. Esta fase, caracterizada pelo predomínio do Estado

autoritário, foi marcada por maior autonomia na definição de ações para a promoção do desenvolvimento nacional. Além disso, as consequências nefastas da II Grande Guerra, exigindo o reordenamento da economia mundial, introduziram maiores preocupações com as questões sociais decorrentes do desenvolvimento. No Brasil, o reflexo disso foi a tentativa elementar de construção do Welfare¹ nacional, justificando, segundo Aureliano e Draibe (1989:139) a "emergência de sistemas nacionais, públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, integração de renda, assistência social e habitação popular".

No Estado Novo, a política social mantinha forte inclinação paternalista, com viés centralizador, burocrático e corporativista. Viabilizando-se através de medidas apoiadas preferencialmente em decretos, Vargas implantou seu projeto de industrialização com expansão do capitalismo no Brasil. Para neutralizar o movimento trabalhista e conter seu ímpeto reivindicatório, muitas das demandas dos trabalhadores foram satisfeitas, incluindo-se entre estas a garantia dos sindicatos para promover e negociar os direitos dos assalariados. Esta "conquista" dos trabalhadores, compreendida como uma estratégia do Governo Vargas, resultou na inserção dos sindicatos livres no aparelho de Estado, em 1934, transformando-os em instituições de direito público, como uma ação despolitizadora. Dessa forma, os sindicatos tornaram-se uma instrumento de aliciamento, coesão e exercício de poder sobre a classe assalariada.

Na década de 40, verificou-se novo processo de transformação no perfil do Estado brasileiro, motivado pelo "fortalecimento do pensamento liberal e democrático que vinha sendo veiculado por setores da elite, acabando por provocar o enfraquecimento do autoritarismo estadonovista" (Barcelos, 1983:86). O regime ditatorial no Brasil dessa época, debilitado com a derrota do nazi-fascismo na II Guerra Mundial, tornou-se alvo fácil para os objetivos das forças nacionais liberais em ascensão concentradas na UDN - União Democrática Nacional. As medidas democratizantes encontraram espaço na Constituição de

¹ Sobre a conceituação, emergência, desenvolvimento e crise do Welfare State consultar Fleury (1994:110-127).

1946 que criou os instrumentos e as condições para as eleições diretas, resgatando a participação política, um dos pilares do exercício da cidadania.

No período de 1946 a 1964, o traço marcante da ação política foi o populismo, cristalizando-se como forma de relacionamento Estado-Sociedade. Os mecanismos populistas utilizados por Dutra e JK permitiram a realização de empreendimentos ambíguos, favorecendo, duplamente, o crescimento dos movimentos populares e a manipulação das aspirações dos trabalhadores. As questões sociais passaram a ser tratadas via ampliação do aparelho estatal e de suas funções, com intervenções dirigidas para o atendimento de algumas das necessidade geradas pelo incremento da urbanização.

Com a instalação dos governos militares, a partir de 1964, a intervenção do poder público na área social passou a ser desenvolvida através de organizações com perfil eminentemente técnico-burocrático, assentadas em regime de governo centralizado e autoritário, que se voltaria para a implantação com vigor do **Welfare State**² no Brasil. Neste período, portanto, deu-se a expansão da construção do Estado de Bem-Estar Nacional, com o advento de uma série de políticas sociais de índole fragmentada e seletiva, "seja porque nem todas as áreas de intervenção social do Estado operam plenamente, seja porque a política se dirige a grupos sociais que vão passo a passo se incorporando ao sistema (...)", conforme analisam Aureliano e Draibe (1989:142).

Com a redemocratização do país na década de 80, marcada pelas tentativas de conquista de direitos de cidadania, foram institucionalizados diversos canais de participação da população, favorecendo sua colaboração na formulação e implementação de políticas sociais. Contudo, sem cultura de cidadania e sem exercitar historicamente direitos políticos, civis e sociais, a simples criação desses instrumentos não tem sido suficientes para que a sociedade efetivamente participe do processo. Como ressalta Santos (1993:93), a redução das barreiras à participação não garante o compromisso dos envolvidos, ocorrendo o

²Ver Referencial Teórico do Welfare State elaborado por Fleury (op.cit: cap.III).

mesmo em relação à participação patrocinada pelo poder público nos conselhos institucionalizados, pois:

“Neste caso, a participação tem ocorrido para legitimar decisões tomadas ou mesmo, as possibilidades de participação são utilizadas por grupos de interesse ou pela técnico-burocracia já estabelecida”.

Mesmo tendo sofrido intensas transformações para conseguir institucionalizar suas formas de regulação social, a postura do Estado frente às demandas sociais ainda se apresenta carregada de ambigüidades, desafiando as possibilidades de participação efetiva da sociedade na definição e implementação das políticas que lhe dizem respeito.

É importante ressaltar, também, que a atuação do Estado nas políticas sociais tem sido conduzida, há algum tempo, em estreita parceria com o capital privado. Tomando-se como referência a política de saúde, verifica-se que o segmento econômico tem sistematicamente absorvido uma infinidade de benefícios e subsídios públicos, com a justificativa de se estruturar para atuar como agente fornecedor de serviços à população.

O dilema não reside apenas nas possibilidades de parceria público-privado, que poderia ser voltada para o interesse público, mas decorre, antes de tudo, da total ausência de critérios e de direção para o exercício das ações sociais pelos agentes privados. Na indefinição de parâmetros para regular este relacionamento, a prática manifesta do Estado parece considerar público o interesse privado, tutelando o capital como se este estivesse essencialmente imbuído de promover o desenvolvimento social.

Dessa forma, o Estado Social acaba se constituindo em um ente privado, definindo objetivos, políticas e estratégias de acordo com a pressão dos diversos grupos de interesse. Passa, conseqüentemente, a alimentar o desenvolvimento econômico com políticas sociais, instrumentalizando e dando insumos ao capital em nome da falida idéia de construir um Estado de Bem-Estar Social tropical.

A despeito de sua natureza social, um olhar mais atento sobre as políticas de saúde formuladas mostra que estas foram construídas em forte sintonia com a relação

público-privado. Os maciços investimentos realizados para estruturar as ações de saúde, no âmbito previdenciário, foram garantidos pelo aporte de recursos oriundos da contribuição compulsória de empregados e empregadores, recursos estes direcionados para o desenvolvimento do setor privado, subsidiado pelo Estado, para ser contratado, desde sempre, como prestador hegemônico dos serviços públicos de saúde.

Historicamente caracterizada pela distribuição restrita de benefícios e pela dualidade de comando, com oferecimento simultâneo de serviços pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, a política de saúde brasileira percorreu um longo caminho até se estruturar como um sistema único e universal. A institucionalização do SUS na Constituição Federal de 1988, legitimando as diretrizes de comando único por esfera de governo; descentralização de ações e serviços; equidade e integralidade no atendimento; e, participação social, consolidaram as aspirações e lutas do Movimento de Reforma Sanitária que se desenvolveu lentamente no país e amadureceu em intensas discussões levadas à efeito nos anos 80.

Com a responsabilidade de corrigir as crônicas distorções que afetavam a política de saúde, ampliando a cobertura de atendimento e alterando a ênfase dispensada às ações curativas e individuais em detrimento das ações de saúde pública, o SUS tem vivenciado inúmeros dilemas no seu processo de implantação. Com sérios problemas de financiamento; resistência à descentralização; e desequilíbrio organizacional para dar conta do sistema formulado, o resultado das avaliações sobre o nível de efetividade do Sistema Único de Saúde têm sido permeado de contradições, com destaque para o comprometimento dos seus princípios e diretrizes, difíceis de suportar plenamente e sem correções de rumos, frente à realidade político-institucional brasileira e a intensificação das demandas sociais, na década atual.

De modo geral, a intervenção do poder público na questão social brasileira sempre esteve apoiada em diferentes processos de formulação e implementação de políticas. O esforço de tentar entender o que motivou o Estado a atuar, através do planejamento ou

mesmo da normalização e regulação das políticas sociais, conduz ao questionamento do quanto são apropriadas ou prioritárias as políticas executadas, notadamente, quando os resultados alcançados reforçam a crônica ausência de harmonia entre a captação de demandas, seleção de prioridades e promoção de ações de governo. A implantação dessas políticas, via de regra, passa a depender da definição de fontes seguras de financiamento, além da construção de arcabouço jurídico-normativo específico, cuja complexidade e padronização desconsideram particularidades locais, dificultando sua institucionalização.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

É reconhecido, no Brasil, que grande parte das políticas de saúde estiveram associadas ao desenvolvimento do sistema produtivo nacional. Tal fato é ilustrado nas diversas análises que procuram estabelecer relações entre as políticas sociais e os modelos de desenvolvimento econômico adotados ao longo do tempo¹.

Para contextualização dessa tese, é relevante invocar um pouco da história da formação da sociedade brasileira que, por motivos singulares, foi precedida da própria criação do Estado Nacional. Diferentemente da fundação da grande maioria dos Estados modernos, constituídos a partir da articulação e da correlação de forças entre classes e grupos sociais, "o Estado brasileiro funda a sociedade a partir de seus preceitos legais e administrativos" (Heimann et ali, 1992: 19).

A herança desta gênese marcará no Brasil a prática de importar, muitas vezes tardiamente, modelos de políticas desenvolvidas em outros países adequados a contextos e realidades diferentes do nosso. Exemplo disto pode ser encontrado em Poz (1980:48) quando aponta que a organização dos serviços de saúde no Brasil Colônia, por exemplo, foi feita a partir de "um transplante de modelo de assistência médico-sanitária existente em Portugal".

Em alguns países da Europa, nessa época, a política social² era "caracterizada pela concessão e implantação de políticas voltadas para segmentos pauperizados da população", conforme descrevem Médici e Braga (1993:41). Na Inglaterra³, por exemplo, o auxílio à

¹Sobre o tema, consultar: Souza (1993); Souza (1991); Santos (1987); Draibe (1985); Goes (1978); Coutinho (1977); Araujo (1977); Dain (1977); Kowarick (s.d.).

²Sobre a constituição das Políticas Sociais e suas implicações políticas, econômicas e sociais, consultar: Fleury (1994); Abranches (1989); Coimbra (1989); Vasconcelos (1988); Habermas (1987); Fleury Teixeira (1987); Faleiros (1986); Lenhardt e Offe (1984); Offe (1984); Polanyi (1980); Franco (1983); Marshall (1967); Fischwitz (1964).

³A identificação com o modelo europeu de desenvolvimento das políticas sociais e sua vinculação com a social democracia se constituem, na opinião de Fleury (1994:102), em problemas para a análise das políticas sociais.

pobreza e miséria eram regulados pela chamada **Poor Laws**, vigente de 1536 a 1601 e o **Statute of Artificies**, de 1563, que, de acordo com Polanyi (1980) e Fleury (1994:72) simbolizavam “um verdadeiro código do trabalho” onde as “Leis dos Pobres foram mais um sistema de manutenção do emprego do que um sistema de proteção social”. Dessa forma, antes mesmo da consolidação da economia de mercado na Inglaterra o Estado desenvolveu ações no sentido de resguardar, minimamente, a integridade física e moral das pessoas sem renda suficiente, indigentes, velhos, órfãos e enfermos, editando leis e regulamentos específicos para regular as condições de vida e trabalho (Polanyi, op.cit.).

Após a revolução industrial, sob a égide do pensamento liberal, o assistencialismo⁴ foi orientado apenas para os indivíduos considerados inaptos para o trabalho, estabelecendo uma diferenciação entre as pessoas capazes ou incapazes de produzir. Fleury (op.cit:61) chama a atenção para a estreita relação entre o fenômeno da industrialização e a emergência da pobreza como um problema social, marcados pelo “surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial, para regular as condições de trabalho e minorar sofrimentos decorrentes da situação de miséria”.

No Brasil do século XVIII, a assistência médica aos enfermos sem recursos era prestada em instituições filantrópicas criadas por iniciativas particulares, como Santa Casas de Misericórdia, ou pela atuação voluntária dos padres jesuítas. A abertura dos portos, em 1808, e a intensificação da migração foram acompanhadas das primeiras epidemias no Brasil. O controle da situação exigiu o estabelecimento de reformas administrativas no setor sanitário, consolidando a atuação do Estado no que se convencionou chamar, desde o início, de saúde pública. No escopo das transformações que incidiram na área, chama a atenção o fato histórico de que pelo menos a partir de 1828 a responsabilidade pelo controle da situação foi alternada, diversas vezes, da esfera central de Governo para a municipal, e vice-versa. Nesse período, as ações eram decididas de forma

⁴Em 1834 a Lei dos Pobres foi completamente reformada (Poor Law Reform), limitando ajuda assistencial aos realmente necessitados.

centralizada⁵ e aprovadas com o recurso legal do Decreto-lei que, desde essa época, passa a marcar o processo decisório em saúde no país.

A preocupação com o controle de endemias, ainda no período imperial, marca o início da institucionalização das ações de saúde no Brasil. Esta gênese vai determinar, também, as duas direções para a atuação governamental no setor: A primeira está relacionada ao desenvolvimento da saúde pública que, com um caráter mais coletivo e voltada para o tratamento das endemias, será melhor estruturada no final do séc. XIX e início do séc. XX. A segunda, permitiu a consolidação do atendimento médico individual, fortalecido com o advento do previdencialismo no país no início dos anos 20.

1. A SAÚDE PÚBLICA

A organização dos serviços de saúde no Brasil foi estruturada na criação de uma série de órgãos, instituídos em comissões, inspetorias e conselhos, que favoreceram, desde sua origem, a superposição de funções deliberativas, administrativas e executivas entre os níveis central e municipal de Governo, com o desenvolvimento de ações paralelas.

A proclamação da República restituiu autonomia às províncias brasileiras, com valorização dos municípios, considerados, agora, como unidades fundamentais à organização do Estado Federativo. Nesta perspectiva, o processo de reestruturação das ações de saúde, amparado na Constituição Republicana de 1891, promoveu a transferência das responsabilidades sanitárias do nível central para a esfera local de poder, descentralizando órgãos à exemplo das Inspetorias de Higiene. No final desta década importantes instituições foram criadas no campo da saúde pública: o Instituto Butantã, em São Paulo, motivado pelo surto de peste bubônica no Porto de Santos; o Instituto Benjamin Constant e o Instituto Soroterápico de Manguinhos, no Rio de Janeiro.

⁵Os serviços de saúde do Rio de Janeiro estavam municipalizados desde 1828, com a extinção da Provedoria e dos Cargos de Físico - Mor e Cirurgião. O movimento de centralização e descentralização das ações de saúde vai marcar toda a história da saúde pública brasileira. Sobre este tema consultar: Poz (1980);, Singer (1979); Luz Madel (1978); Souza (1978).

A persistência da febre amarela, peste bubônica e outras endemias no Rio de Janeiro, então capital da República, exigiam ações enérgicas no campo da saúde pública. Nesse contexto, importante papel foi desempenhado pelo Instituto Soroterápico que, sob a administração do sanitarista Oswaldo Cruz, transformou-se em importante centro de pesquisa na América Latina. O trabalho de Oswaldo Cruz era estruturado no modelo campanhista⁶ de ação, e, entre 1903 e 1907, combateu intensamente a febre amarela urbana, estabeleceu o isolamento de pessoas infectadas e introduziu a obrigatoriedade da notificação de doenças e vacinação compulsórias. As campanhas sanitárias eram organizadas de acordo com uma corrente que considerava as doenças endêmicas como um problema que deveria ser combatido com uma estratégia eminentemente militar. Estruturadas na teoria bacteriológica⁷ e na engenharia sanitária, as campanhas eram carregadas de ações coercitivas, concentradas na tentativa de erradicação dos agentes, ou vetores, causadores das moléstias.

Na primeira década do século XX, a saúde pública brasileira foi muito influenciada pela Escola de Saúde Pública Americana de Baltimore, associada à Fundação Rockefeller e à John Hopkins University⁸. Com a justificativa de construir um povo saudável e produtivo, algumas das ações foram intensificadas na tentativa de promover, sob o aspecto sanitário, a integração do país. Nos anos 20, a corrente médico-sanitarista brasileira entendia:

"[o] processo saúde-doença como um fenômeno coletivo (...). O conceito de consciência sanitária permitia compreender como o meio insalubre atingia os indivíduos. Medicina e saúde pública eram entendidas como campos distintos; a primeira para curar através de clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para

⁶ O modelo campanhista teve origem nas brigadas realizadas por militares para combater os mosquitos causadores da malária e febre amarela que se abatiam sobre a tropa americana, destacada para a construção do Canal de Panamá, por volta de 1901, na América Central. Para dar continuidade à construção deste canal, importante para o desenvolvimento econômico da época e consolidação da dominação americana, deu-se "o combate à moléstia num modelo centrado na luta contra o mosquito, inaugurando-se as campanhas contra a doença" (Labra, 1978:225).

⁷ Sobre isto ver Merhy e Queiroz (1993:177). Na perspectiva bacteriológica "tanto a saúde como a doença passaram a ser vistas como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico sofria de um meio social/natural insalubre". A determinação social da doença era relegada ou colocada em segundo plano, "era o auge do biológico-individual e a diluição do social - estrutural" (Franco-Agudelo, 1981:106)

⁸ Ver Merhy e Queiroz, 1993: 178.

prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária." (Merhy e Queiroz, 1993:178).

Esse período favoreceu o estabelecimento de uma rede de organizações internacionais, numa estratégia analisada por Labra⁹ (op.cit:24) de expansão do capitalismo industrial no mundo, intervindo em saúde pública para evitar o desenvolvimento de doenças que pudessem ameaçar as relações comerciais. No caso do Brasil, esta "conexão internacional" teve como principal representante a Fundação Rockefeller que institucionalizou suas atividades em ações de controle da febre amarela e da malária, capacitando os profissionais da área para melhorar o atendimento médico e promover a organização sanitária no país. As primeiras missões¹⁰ da Fundação Rockefeller no Brasil foram fundamentais para a criação de uma espécie de escritório regional da fundação, que funcionou segundo um modelo hierarquizado e militarizado de organização.

Durante essa década, a saúde emerge como uma questão social com a consolidação do capitalismo decorrente dos ventos favoráveis que vicejavam na economia cafeeira. O Estado Nacional assume o problema, promovendo a expansão dos órgãos centrais, pois, até este momento, "as unidades de saúde pública existentes eram vinculadas aos governos estaduais e voltados principalmente para as capitais e principais cidades do interior". (Braga, op.cit:6).

O advento da República, no final do século XIX, e a ascensão da oligarquia agrária ao poder, deflagrou um embrionário processo de migração onde alguns centros urbanos, como Rio de Janeiro e São Paulo, passam a concentrar, progressivamente, a força de trabalho atraída pelo embrionário processo de industrialização. O impacto desse movimento se faz sentir nesses centros urbanos com a gradativa formação de favelas, cortiços e bairros operários, promovendo paulatinamente a estratificação social no espaço urbano. Em decorrência desse processo, a saúde da população brasileira sofre significativas

⁹ Segundo Labra (op.cit:52), "quando a Fundação Rockefeller decidiu em 1913 ampliar suas atividades para o exterior, já tinha feito um mapeamento dos lugares estratégicos no mundo onde lhe seria conveniente e rentável desenvolver suas campanhas".

¹⁰ A primeira e a segunda missão brasileiras aconteceram, respectivamente, entre 1916 e 1917; e 1922 e 1925 (Ver Labra, op.cit:54).

modificações, notadamente a partir da década de 20, onde o quadro sanitário emergente propicia a intensificação das chamadas doenças de massa, como as verminoses, a desnutrição, a malária, a tuberculose, a Doença de Chagas, a lepra e a tracoma.

A intervenção nesse quadro sanitário, como uma responsabilidade herdada pelo Estado do período imperial, coube aos agentes governamentais que, através de órgãos centrais, buscavam intervir nessas doenças coletivas ou da população. O quadro sanitário apresentava situações que precisavam ser contidas. A conjugação de doenças pestilentas (cólera, varíola, febre amarela, peste bubônica etc.) com as doenças de massa (infecciosas e parasitárias como a febre tifóide, tuberculose e lepra) gerava um grave quadro de morbidez, a tal ponto que passou a intervir nas possibilidades de desenvolvimento da economia cafeeira. Apesar de todos os esforços, o interesse pelo combate às doenças, muito mais que uma preocupação com as condições de vida da população, estava relacionado às incertezas com os prejuízos econômicos decorrentes do progressivo abandono dos portos brasileiros pelos navios cargueiros que desviavam seus carregamentos para portos menos "perigosos", como ressalta Braga (1978:2):

"Tratava-se de saneamento dos portos e núcleos urbanos - como Rio, São Paulo e Santos - vinculados ao segmento comercial financeiro do complexo exportador e do capital nascente. Tratava-se também da criação de mínimas condições sanitárias indispensáveis às relações comerciais com o exterior, assim como êxito da política de migração, (...) trazendo mão-de-obra."

Ao final da 1ª República, foi evidente o movimento de centralização das ações no nível federal de Governo, desmontado-se o importante Serviço de Profilaxia Rural existente para delegar à Fundação Rockefeller o desenvolvimento do saneamento rural.

Em 1921, ampla Reforma Sanitária foi empreendida por Carlos Chagas, baseada na manutenção de ações coercitivas em saúde pública. Ampliou-se o papel do Estado no setor com a expansão da oferta de serviços à população e a criação de instituições especializadas para atuar no problema. Nessa reforma foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública com atribuições voltadas para a realização de

"propaganda sanitária, serviços de higiene infantil, higiene industrial e profissional, saneamento urbano e rural, fiscalização hospitalar, supervisão de hospitais públicos federais e combate às endemias e epidemias rurais" (Poz, 1980:51). Este departamento centrou suas atividades no Rio de Janeiro, dispondo de escassos recursos e sem poder de decisão para atuar.

Com o forte impacto do processo migratório e necessidade urgente de dar respostas aos problemas de saúde que ameaçavam o capitalismo emergente pela dificuldade de fixação de mão-de-obra no mercado de trabalho, foi criado o Ministério da Educação e Saúde que, apesar de ter congregado os órgãos de saúde pública, trabalhou de forma restrita e segmentada, preocupando-se, apenas, em possibilitar condições sanitárias mínimas para o desenvolvimento da massa trabalhadora.

Criado por Decreto-lei, em 1930, este ministério absorveu as atividades de saúde coletiva até então desenvolvidas no âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sendo um importante marco na institucionalização das ações de saúde pública. Em 1934 foi criado o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, consonante com o movimento de centralização das ações pelo Governo federal, intensificado com o advento do Estado Novo de Getúlio Vargas.

Em 1937, as estruturas estaduais de saúde passam a ser unificadas sob a coordenação do Departamento Nacional de Saúde, rompendo a autonomia dos estados na promoção das ações. Foram incentivados os serviços de combate à tuberculose e à lepra; o controle de saúde nas cidades, com a criação de centros de saúde e postos de higiene nas áreas rurais. Ainda neste período, foi criado o Serviço Nacional de Febre Amarela; em 1939, o Serviço de Malária no Nordeste, em convênio com a Fundação Rockefeller; e, em 1940 o Serviço de malária foi estendido à Baixada Fluminense.

No que pesem os esforços empreendidos, a ação governamental se fazia de forma pontual e fragmentada não havendo, pelo menos até 1930, uma política de saúde capaz de orientar as ações no setor. Quanto à assistência médica aos mais necessitados,

eram providas por estados, municípios e instituições filantrópicas, enquanto as ações de saúde pública apareciam como soluções imediatas para controlar as ameaças de epidemias que pairavam sobre a população.

A década de 40, marcada pela guerra, trouxe nova expansão das organizações de saúde pública no Brasil. Em abril de 1941 o Departamento Nacional de Saúde Pública foi reformado, assumindo características de órgão normativo das práticas de assistência hospitalar e sanitária, além do controle de doenças transmissíveis e de problemas relacionados à nutrição e à manutenção das condições físicas das unidades hospitalares, instituiu programas voltados para as doenças mentais e degenerativas. Como resultados dessa reforma, foram criadas regiões sanitárias no país em locais considerados estratégicos, tanto do ponto de vista da propagação das endemias, quanto do ponto de vista econômico; institucionalizou-se as campanhas sanitárias, como método de trabalho mais eficaz, passando a ser constituído pelos Serviços Nacionais de Tuberculose, Peste, Malária e Febre Amarela, além do Departamento Nacional da Criança.

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), como resultado de intensas pressões externas¹¹, com o objetivo de apoiar programas de desenvolvimento econômico. Atuando diretamente através de órgãos técnicos, ou em articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde e financiado pelos EUA, o SESP tinha programas que privilegiavam a assistência médica integral, educação sanitária, assistência técnica em saúde e saneamento, divulgação de tecnologia, realização de pesquisas e formação de pessoal técnico especializado (Peçanha, 1976:4); era órgão autônomo do Ministério da Educação e Saúde e responsável pela implantação de programas de saúde e saneamento para a ocupação de áreas estratégicas ao desenvolvimento econômico nacional e internacional.

¹¹ Criado através do Decreto nº 4.275, de 17 de abril de 1942, o SESP decorreu das recomendações da Terceira Reunião de Consulta de Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, realizada no Rio de Janeiro, com intenção de desenvolver programas na área de saúde e saneamento na América do Sul (Peçanha: 1976)

Dessa forma, a existência de borracha nativa no Vale Amazônico e a plena escassez dessa matéria prima frente às demandas da guerra¹² foram fatores determinantes para a criação do SESP, institucionalizando o relacionamento mantido durante tantos anos entre o Governo brasileiro e o americano, através do trabalho, em solo nacional, da Fundação Rockefeller. Entre as ações previstas¹³, destacam-se a realização de estudos sobre a malária, com ações de profilaxia e assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados a esta atividade, além de investimentos na capacitação de profissionais de saúde.

Nessa fase de atuação, conhecida como fase Amazônica, o SESP expandiu suas atividades de controle à malária¹⁴ ao Interior do Estado de Goiás, região produtora de mica e cristal de rocha, e no Vale do Rio Doce, prestando assistência aos trabalhadores na reconstrução da estrada de ferro Vitória-Minas, de fundamental importância para a exportação de minério de ferro. Posteriormente, em 1957, um acordo firmado entre o Ministério da Educação e Saúde e a Comissão Vale do Rio São Francisco favoreceu a expansão das atividades do SESP aos estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais e Sergipe¹⁵. Os programas desenvolvidos eram de saneamento e saúde, financiados, conjuntamente, pelas três esferas de Governo. A instituição dos chamados Serviços Cooperativos de Saúde nas Secretarias Estaduais previa o aumento das unidades de saúde e serviços de engenharia sanitária em todo o país (Peçanha, op.cit.).

O SESP atuou na pesquisa de métodos terapêuticos para malária, esquistossomose, filariose, leishmaniose, doença de Chagas, tuberculose, bolha, virose e outras doenças. Com rígida disciplina de trabalho, objetivos claramente definidos¹⁶ e com alta especialização técnica, o SESP destacou-se por ser constituído de um grupo de elite,

¹² No período de guerra, os seringais asiáticos estavam em poder dos japoneses, havendo imensa demanda pelo produto (Ver Peçanha, 1976:7).

¹³ “O objetivo latente do SESP era realizar ações de saneamento e infra-estrutura básica para garantir a mão-de-obra indispensável à extração da borracha” (Peçanha, op.cit.:8).

¹⁴ Peçanha (op.cit.:16) ressalta que nesta fase o SESP contrariou o modelo sanitário americano ao incluir programas de assistência médica entre suas atividades básicas.

¹⁵ Ibid ibidem, 26.

¹⁶ Na atuação voltada ao desenvolvimento econômico, o SESP trabalhou integrado à duas outras organizações: SAVA (Superintendência de Abastecimento do Vale Amazônico) e SEMTA (Serviço de Mobilização dos Trabalhadores da Amazônica). responsáveis pelo recrutamento e encaminhamento de mão-de-obra aos seringais (Peçanha, op.cit.).

que valorizava o trabalho coletivo, desenvolvido de acordo com doutrina primorosamente internalizada pelo seu corpo técnico.

Esses atributos foram essenciais para que o SESP sobrevivesse após a suspensão do contrato entre o Brasil e a Fundação Rockefeller, em 1960, ficando sem a principal fonte de financiamento de suas atividades no Brasil. Após lei sancionada por Juscelino Kubitschek de Oliveira, ainda neste ano, o SESP transformou-se em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública¹⁷, sendo incorporado ao Ministério da Saúde, criado poucos anos antes, em 1953.

No ano de sua criação, o Ministério da Saúde assumiu as funções do Departamento Nacional de Saúde, incentivando a criação de Secretarias Estaduais, expandindo suas responsabilidades e ampliando a herança deixada pelo extinto DNS. Na opinião de Souza (1978), a estrutura organizacional do Ministério da Saúde nasceu obsoleta, não satisfazendo as necessidades elementares para o desempenho eficaz. A partir de 1956, apesar dos graves problemas de saúde pública a serem enfrentados, o processo de industrialização e acumulação capitalista passou a exigir maior atenção do poder público que, segundo Braga (op.cit.:17):

"vão configurando uma demanda infinita por assistência médica. Temos assim, de um lado, a política de saúde pública precária, praticamente estacionada desde 1956, formando uma doença endêmica da maior gravidade; de outro, um sistema previdenciário incapaz de atender não só as demandas por assistência médica individual quanto atender os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo".

A estrutura do ministério foi consolidada em 1956, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais - DENERu, aglutinando todas as atividades relacionadas ao combate das endemias. Para Braga (op.cit.:23), o DENERu tinha como objetivo a recuperação das condições sanitárias de áreas estratégicas para o desenvolvimento nacional, notadamente, as vias e estradas rurais próximas às áreas férteis

¹⁷ Nessa época, foram fundamentais os convênios com a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

e/ou dotadas de potencialidade econômica. Sua atuação se fez sentir com a centralização dos serviços de febre amarela, malária e peste, além de prestar assistência médica às doenças de massa, incidentes na população urbana¹⁸.

Entretanto, ao combater a tuberculose, por exemplo, pouca atenção era dada às condições nutricionais dos infectados, tratando-se pontualmente apenas uma das conseqüências do empobrecimento geral. Esta situação, caso sejam considerados os doentes vítimas das endemias, acabou exigindo ações individuais e tratamentos especializados, desenvolvidos, com bastante propriedade, nas instituições de assistência médica previdenciária que atendiam ao mercado formal de trabalho. Órgãos como os Ministérios do Trabalho e da Educação, e Secretarias Estaduais de Saúde, compartilhavam, indiretamente, com o Ministério da Saúde e o Sistema Previdenciário das responsabilidades pela atenção à saúde da população.

As demandas por atendimento médico e sanitário colocaram em teste a capacidade do Estado de atuar nos problemas de saúde, havendo, de uma lado, o contingente geral de população e, de outro, a crescente massa de trabalhadores que começava a se comprimir nos centros urbanos. A resposta a esses problemas, no modelo sanitário, passava pelo entendimento de uma verdadeira relação causal entre pobreza e doença. Ao agir na doença, os sanitaristas imprimiam no Brasil o modelo americano de combate às endemias que se realizava com altos custos e mergulhado em dilemas sobre a melhor forma de conduzi-los: centralizando ou descentralizando ações. Isto se deu, por exemplo, na atuação do SESP, com modelos administrativos sofisticados sem considerar a realidade econômica e social do país.

Nesse intervalo, sobretudo a partir de 1956, grandes modificações surgem no cenário político e econômico brasileiro, com a introdução da doutrina desenvolvimentista

¹⁸ Para Luz Madel (1978:160), as instituições de saúde pública no Brasil dessa época “apresentavam-se como uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais da década de 20 em resposta a um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira com o mínimo de transformações sociais que impliquem em repartição da riqueza ou das decisões”.

nacional. Mesmo assim, e padecendo de descontinuidades administrativas, o MS manteve sua estrutura básica até 1965, aproximadamente, sofrendo alterações apenas no Governo Militar de Castelo Branco. Nessa época, foi elaborado um Diagnóstico Preliminar da Situação da Saúde e Saneamento no país, e instituído, com a colaboração da USAID, um setor de planejamento para formular planos¹⁹ e coordenar as ações e programas na área. Os planos formulados a partir desse período tinham em comum a extensão da assistência médica ao homem do campo; melhoria da situação dos profissionais de saúde e ênfase à organização dos serviços sanitários.

O modelo campanhista implantado, além de dispendioso, era baseado em programas que dependiam economicamente da capacidade de coordenação e articulação do nível central. A percepção da falência desse modelo, que alimentava a dicotomia entre as ações consideradas coletivas e individuais, colocavam em foco a necessidade de integrar os serviços de saúde, dando margem à intensas discussões sobre o alcance das ações empreendidas e sua eficácia, caso desenvolvidas descentralizadamente, sob a responsabilidade dos municípios²⁰.

Com o advento dos governos militares, no pós 1964, prevaleceu a centralização das atividades, com intensificação das campanhas de combate às endemias rurais. A opção por essas ações dispendiosas não levava em consideração a redução orçamentária que se abatia sobre o Ministério da Saúde, notadamente a partir de 1959 (Braga, op.cit:33). As restrições financeiras do Ministério da Saúde se justificavam, por um lado, pelo privilégio gradual conquistado pelo setor previdenciário, subtraindo recursos; por outro, os altos custos despendidos pelo modelo campanhista, cuja tecnologia importada, exigia grandes investimentos em infra-estrutura física e material. A partir dos anos 60, nota-se o crescimento do setor previdenciário, estimulado pelo agravamento da situação sanitária

¹⁹ Ao longo do tempo, o setor saúde foi contemplado com diversos planos, destacando-se: 1948: Plano de Saúde da Comissão do Vale do São Francisco; 1956: Plano de Saúde do Departamento Nacional de Saúde; 1965: Plano da Associação Médica Brasileira; 1968: Plano Nacional de Saúde. Sobre o tema, até o final da década de 60, consultar Gentile de Mello (apud Souza, 1978:76).

²⁰ Em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde trouxe como tema principal a questão da municipalização das ações de saúde e a necessidade de integração das ações de cunho individual e coletivo.

da população urbana, que precisava ser amparada para assegurar a mão-de-obra assalariada, demandando, portanto, por assistência médica individualizada, conforme analisa Komatsu (1993:33):

"É importante frisar que a inversão na ênfase das políticas de saúde não ocorre como decorrência da solução e extirpação dos problemas específicos de saúde pública, sanitarista, mas por uma mudança estrutural econômica e política do país, que gerou grande demanda por assistência médica individual e necessidade de se utilizar de mecanismos populistas nas ações sociais."

O resultado dessa escolha foi o fortalecimento do setor privado de assistência médica com a redução da margem de atuação governamental em saúde pública, ampliando a dicotomia entre os dois setores. O distanciamento entre saúde individual e coletiva foi intensificado a partir de 1968, com a implementação parcial do Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, retificando como atribuições do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Previdência Social, respectivamente, as ações coletivas e a assistência médica individual. Na década de 70, e anos posteriores, a saúde passou a figurar mais freqüentemente nos diversos planos nacionais de Governo, sem que, necessariamente, as políticas formuladas fossem implementadas em sua totalidade. O quadro sanitário da população progressivamente se agudizava, sendo comum a incidência de doenças crônico-degenerativas, pertinentes às sociedades industrializadas, e a transformação de endemias rurais em urbanas, com avassalador crescimento da tuberculose e outras doenças infecto-parasitárias. Nesse ínterim, a política nacional de saúde sofreu impasses decorrentes da crise financeira e política que se abatia sobre o país.

A criação da SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, em 1970, insere-se no movimento de maior centralização das atividades do Governo federal e esvaziamento de estados e municípios. Como órgão de administração direta do Ministério da Saúde, tinha por objetivo empreender campanhas de combate às endemias, notadamente as que assolavam as regiões mais atrasadas economicamente.

A SUCAM incorporou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), além das Campanhas de Erradicação da Malária e Variola. Sua estrutura organizacional espelhava os diversos programas verticalizados do Ministério da Saúde. Atuando de forma independente, escolhia por seus próprios critérios as áreas a serem trabalhadas, solicitando, poucas vezes, a colaboração dos municípios no fornecimento de insumos, como instalações físicas e alocação de pessoal. Presente em quase todos os estados brasileiros, com exceção de São Paulo, atuava através de estrutura operacional rígida e padronizada, independente das características epidemiológicas e naturais dos municípios (IBAM, 1976).

Com a criação do Sistema Nacional de Saúde²¹, em 1975, foram alteradas as competências do Ministério da Saúde, que ficou responsável pela formulação da política apenas no que se refere à promoção e execução de ações de interesse coletivo, além da elaboração de normas técnico-científicas de promoção e recuperação da saúde, manutenção da vigilância de portos, aeroportos e fronteiras, coordenando ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Em poucos momentos se insinua a necessidade de articulação entre o Ministério da Saúde e outros Ministérios que, direta ou indiretamente, desenvolviam ações de saúde²². Dessa forma, o Ministério da Previdência deveria fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, as normas para prestação de serviços médicos; e, o Ministério do Interior deveria realizar saneamento ambiental, ampliar o abastecimento de água e construir redes de esgotos, de acordo com os planos do Ministério da Saúde, disputando com a FSESP²³ a primazia no setor. Nessa constelação de ministérios, as articulações previstas deveriam ser estruturadas nos instrumentos de planejamento que se institucionalizavam no

²¹ O Sistema Nacional de Saúde foi regulamentado pelo Decreto-lei nº 73 de 1976.

²² O conjunto de áreas de atuação do Sistema Nacional de Saúde abrangia assistência médica, saúde pública, saneamento básico e desenvolvimento de recursos, numa conjugação de esforços do Ministério da Previdência e Assistência Social; Saúde; Educação e Cultura; Interior e Trabalho, além dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

²³ A FSESP foi responsável pela construção de inúmeros sistemas de abastecimento e distribuição de água, criando junto aos municípios diversos Serviços Autônomos de Águas e Esgotos (SAAEs), que, como autarquias municipais, funcionavam com assistência técnica e financeira do FSESP.

momento. Entretanto, prevaleceu a desarticulação entre os órgãos com a proliferação de inúmeras ações paralelas e superpostas. Institucionalmente, os estados, o Distrito Federal e os territórios deveriam criar sistemas de planejamento regional, integrados ao sistema federal, operando unidades de saúde no nível estadual, prestando assistência técnica e apoio financeiros aos municípios para a execução dos serviços básicos de saúde.

Até este momento, a participação dos municípios era secundária na prestação de serviços à população. Apesar da centralização de atividades na esfera federal, coube aos municípios a responsabilidade pelas atividades de pronto-socorro e urgências, mantendo serviços de vigilância epidemiológica, integrando serviços locais aos planos, programas e projetos estaduais e federais, modificando sua participação até então secundária.

De modo geral, a institucionalização da saúde pública se destacava pela ausência de articulação efetiva entre os diversos órgãos e ações desenvolvidas. A insuficiência de recursos impedia a realização de atividades mais adequadas à promoção da saúde da população. Nas ações desenvolvidas em regime de colaboração entre as esferas de Governo, era visível o desaparelhamento físico-financeiro de estados e municípios para arcarem sozinhos com os problemas de saúde. A falta de controle sobre as ações e a duplicidade de comando nos programas ministeriais, eram reflexos negativos do tratamento secundário dispensado ao setor. Em todo esse contexto, predominavam as ações de assistência médica previdenciária, melhor desenvolvidas em função do aporte de recursos financeiros que permitia a cobertura de aproximadamente 70% da população urbana, como se verá a seguir.

2. A ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

No início dos anos 20 torna-se visível a existência de embrionário processo de urbanização e industrialização da sociedade brasileira. A migração de origem européia²⁴,

²⁴ Os trabalhadores europeus, acostumados a exercer suas atividades em um contexto político e social diferente do existente no Brasil, mobilizaram os operários com reivindicações de cunho anárco-sindical. Nesse período, a conjuntura internacional sofria intensa transformação, onde a ascensão de movimentos socialistas na Europa, estabelecendo a luta pela "soberania social" teve

influencia sobremaneira a instalação de movimentos reivindicatórios dos trabalhadores no período de 1917 a 1919. Estes anos são marcados por intensas transformações, onde o Estado é levado a alterar sua postura não intervencionista, até então dominante, marcando uma ruptura com as práticas vigentes na República Velha de um Estado regido fielmente pelos "princípios do liberalismo econômico no que tange ao mercado de trabalho (...)" (Fleury Teixeira e Oliveira, 1989:35).

Assim como na Europa da 1ª metade do séc. XIX, a organização dos movimentos operários no Brasil se deu em torno de associações mutualistas²⁵, onde o estímulo às reivindicações era alicerçado na defesa de interesses próprios. Em substituição às organizações mutualistas, criadas por iniciativa do operariado, o Estado inaugura, através da Lei Eloy Chaves, em 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), atendendo primeiramente à categoria dos ferroviários, setor de grande importância para a economia da época e com grande poder de reivindicação e mobilização. A Lei Eloy Chaves regulamentou a aposentadoria e a seguridade social dessa categoria profissional, sendo considerada por muitos estudiosos como o marco inicial do previdencialismo no Brasil²⁶.

Progressivamente o sistema previdenciário foi expandido para as outras categorias profissionais²⁷. Com perfil abrangente, essa política se voltou para a concessão de benefícios pecuniários, como aposentadorias e pensões, e prestação de serviços médico-assistenciais. A forma prevista em lei para a assistência médica era através da contratação de serviços de terceiros, com a alternativa das próprias Caixas de Aposentadorias e Pensões criarem e manterem, de forma residual, esse tipo de serviços.

grande repercussão no mundo e no Brasil, induzindo a flexibilização da postura liberal do Estado, caracterizada, até então, pela omissão quanto aos problemas trabalhistas e sociais. (Ver Fausto, apud Teixeira e Oliveira, 1989: 48)

²⁵ O mutualismo, forma embrionária de organização operária, surgiu no final do séc. XIX e início do séc. XX. Inicialmente com objetivos assistenciais, evoluiu para reivindicações mais amplas como melhoria das condições gerais de vida dos trabalhadores (ver Possas, 1989:197).

²⁶ Sobre as origens da previdência no Brasil consultar Teixeira e Oliveira (1989); Gentile de Mello (1978); Silva e Mattar (1974); Médici e Silva (1991).

²⁷ Sobre isto ver Anuário Estatístico da Previdência Social, 1993

Segundo Médici (1992) e Gentile de Mello (1978), o modelo previdenciário nacional era semelhante ao desenvolvido por Bismarck em 1881, na Alemanha, e estruturado "na criação de uma base centralizada de seguro social, organizada de forma cooperativa por categoria profissional sob a gestão estatal" (Médici, op.cit:52). Contemplando o mundo do trabalho formal, tinha como principal objetivo neutralizar tensões políticas e sociais que, no momento, empregnavam as relações entre patrões e empregados.

Tanto o Estado, quanto o empresariado, por não poderem ignorar o crescente movimento dos trabalhadores e as tensões sociais emergentes, encontraram no modelo de estrutura previdenciária européia as formas de conter esse processo. Antes disso, no Brasil não havia nenhum tipo de obrigação do empresariado de amparar seus funcionários que, em casos de doenças recorriam por conta própria ao auxílio prestado por instituições assistencialista e filantrópicas, como Santa Casas de Misericórdia.

A contribuição dos assalariados, assim como os benefícios que recebiam era variável de acordo com o seu salário. Além de regulador do processo, a partir de 1931, o Estado brasileiro passou a ser contribuinte da previdência, cujo financiamento estava estruturado em um sistema tripartite de contribuição: União, empregados e empregadores. A União, que deveria contribuir com valores idênticos ao estipulado para empregados e empregadores, passou a não honrar seus compromissos, não repassando recursos e, se o fazia, era de maneira irregular e parcial.

As Caixas de Aposentadorias e Pensões eram entidades civis e dispunham de autonomia jurídica e administrativa, sendo geridas por comissões constituídas de patrões e empregados. O fato das CAPs serem estruturadas por empresas, implicava em concessão de maiores benefícios aos trabalhadores das empresas de grande porte que, obviamente, tinham maior capacidade contributiva. De maneira geral, o aporte financeiro era precário e insuficiente para cobrir os riscos e encargos sociais a que se propunham, conforme Silva e Mahar (1974: 15):

"à medida que ocorria a disseminação das Caixas de Aposentadorias e Pensões(..), verificava-se a precariedade do esquema financeiro do sistema, uma vez que a maioria das Caixas mantinha número reduzido de segurados, mobilizando recursos insuficientes para garantir a prestação de serviços médicos".

Esse problema foi um dos fatores que condicionou a reestruturação do sistema, com a criação de diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). A partir de 1930, estes passaram a ser criados não mais por empresas, mas por natureza das atividades desenvolvidas, ou seja, um mesmo instituto passou a dar cobertura aos empregados de todas as empresas do mesmo ramo de atividades. Instituídos em regime de autarquias, com subordinação dos recursos ao Estado, os IAPs também foram importantes instrumentos para contemporizar conflitos sociais e conter as aspirações dos assalariados.

Com a alternativa de desenvolver ou fechar sindicatos, federações e confederações do trabalho, bem como indicar os presidentes dos IAPs, o Estado passou a supervisionar os órgãos de previdência social através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Estrategicamente, porém, ampliou os direitos sociais dos trabalhadores objetivando controlar os movimentos sindicais e intermediar os conflitos existentes nas relações de trabalho, preocupação esta que pode ser verificada em partes do discurso proferido por Getúlio Vargas, quando de sua posse:

"A organização sindical, a lei de férias, a limitação das horas de trabalho, o salário mínimo (...) realizam velhas aspirações proletárias de solução inevitável (...) o capital precisa ser amparado e garantido pelo poder público (...) o melhor meio de garanti-lo está, justamente, em transformar o proletariado numa força orgânica de cooperação com o Estado (...)" (apud Possas, 1989:201).

A lógica de criação dos IAPs foi diretamente proporcional à importância econômica dos grupos de trabalhadores. Esses grupos exerciam forte pressão no Ministério do Trabalho no sentido de obter reconhecimento de seus direitos, implicando não somente na criação do instituto, mas na definição de lei específica de previdência, gerando um conjunto desorganizado e variado de leis e normas operacionais. Este modelo previdenciário predominou no Brasil, com algumas variações, no período de 1930 a 1964.

A maioria dos institutos, assim como as CAPs, foram criados por Decreto-lei e a não obrigatoriedade da prestação de assistência médica por essas instituições introduziu uma cultura não assistencial em alguns deles. Dessa forma, a assistência médica tornou-se secundária no interior dos IAPs, com grandes restrições orçamentárias para o seu desenvolvimento²⁸, desestimulando os investimentos para a construção de redes próprias de assistência e abrindo precedentes, inclusive, para a contratação desses serviços de terceiros. Com este perfil, a previdência tornou-se gradativamente compradora de serviços médicos.

De modo geral, a legislação previdenciária, nesse período, apresentou idas e vindas no sentido da restrição ou não com os limites de gastos com a assistência médica. A restrição se dava, também, por conta da pressão exercida pelos trabalhadores, pelo menos até 1937, para diminuição do valor das contribuições e ampliação dos seus direitos²⁹. A proposta inicial era o desenvolvimento do sistema previdenciário em regime financeiro de capitalização. Com isto esperava-se acumular um **superávit** orçamentário, destinado à formação de um fundo gerido pelo Estado (Fundo Geral de Garantia e Compensação das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões). Entretanto, o descontrole das despesas em relação às receitas foi fator decisivo para impedir a implantação efetiva deste regime.

Por terem legislações e normas próprias, os institutos concediam benefícios diferenciados aos seus assegurados. Inicialmente as contribuições variavam de 3 a 8 % do valor do salário, gerando direitos desiguais, suscitando uma série de questionamentos sobre sua efetividade. Em oposição ao modelo de restrição de gastos para o fortalecimento do regime de capitalização, começou a ser incorporada a idéia de ampliação dos serviços médicos como estratégia de investimento no patrimônio humano das empresas. Com assistência, os trabalhadores teriam condições de melhorar sua produtividade, retornando mais cedo ao trabalho, em caso de doenças, por exemplo. Essas idéias eram consonantes com o movimento previdenciário na Europa, que à luz do Plano Beveridge, promovia a

²⁸ As restrições impostas aos gastos com a assistência médica previdenciária fazem parte de um conjunto de medidas que visavam a instituição de um regime de capitalização dos recursos previdenciários.

²⁹ Em 1931 foram realizadas modificações na legislação das CAPs, estabelecendo um teto de 8% da receita para prestação de serviços médicos, expandindo esta cota, quatro meses depois, para 10%.

reformulação da Previdência Social na Inglaterra em 1942. A mudança de concepção trazida por Beveridge³⁰, colocava em cheque o pensamento neoliberal que focava a previdência apenas como um seguro social, orientado, exclusivamente, para a capitalização de recursos orçamentários.

O novo modelo retratava o posicionamento do Estado capitalista frente à situação de guerra, marcando a reação neoliberal à ascensão das ideologias socialistas, nazistas e fascistas, pressionado, ainda, pela instalação de governos social-democratas e trabalhistas na Europa. A necessidade de intervenção governamental na questão social foi modelada em busca do que se convencionou denominar **Welfare State**, Estado de Bem-Estar Social, implicando em maiores investimentos públicos no setor social. Com este enfoque, a previdência passou a ser compreendida não mais como seguro social³¹, porém como seguridade ou segurança social, estruturada em obrigações naturais do Estado para com os cidadãos. No Brasil, essa discussão foi entabulada, coincidentemente, no final da ditadura de Getúlio Vargas e, apesar de incorporar a nova filosofia, assumindo que a assistência decorre dos direitos de cidadania, o Estado brasileiro continuou sem honrar compromissos, não assegurando recursos suficientes para suportar os custos da seguridade social, como atestam Fleury Teixeira e Oliveira (1989: 179):

"A tese central radicalmente anti-liberal, das idéias da seguridade, que era a que fundamentalmente o Estado deveria arcar com os ônus dos planos de benefícios e serviços previdenciários (mesmo para não contribuintes) nem de longe foi aceita, em nenhum momento pelo Estado brasileiro, o qual, ao contrário, continuou ao longo de todo esse período, não cumprindo sequer seus compromissos financeiros, não assegurando recursos e fontes de financiamento".

Em 1945 foi aprovado o Decreto-lei nº 7526, promulgando a Lei Orgânica dos Serviços Sociais no Brasil que, entre outros aspectos, previa a extensão do seguro social à população rural, historicamente alijada do sistema pela sua baixa capacidade

³⁰ Sobre isto ver Fleury Teixeira e Oliveira (1989: 176)

³¹ No seguro social, o Estado era apenas um dos contribuintes, sem deveres, cabendo ao trabalhador a responsabilidade pela garantia de seu bem-estar, bancando, com seus próprios rendimentos as suas vicissitudes. O Estado, como um animador, participava da organização e estímulo dessas práticas. Conceitualmente Seguro Social é um contrato individual que garante direitos ao contribuinte, como um benefício futuro, calculado de acordo com o valor da contribuição feita.

contributiva. Esta lei, contudo, não foi implementada. Posteriormente, outro projeto de lei intitulado de Projeto de Lei Orgânica da Previdência Social previa a fusão dos serviços de assistência médica dos Institutos e Caixas em um único órgão, denominado Serviço de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS) que deveria ser "descentralizado e articulado com os órgãos de saúde da União, Estados e Municípios" (Possas, 1989:206).

Na gestão de Dutra, de 1946 a 1950, a intervenção do Estado se fez sentir na construção de equipamentos próprios de saúde, como hospitais, ambulatórios e postos médicos, construídos pelas próprias Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões. Secundariamente foi mantida a prática de compra de serviços médicos de terceiros, mantendo-se, entretanto, a preocupação com o financiamento do sistema, conforme pode ser verificado no pronunciamento feito pelo próprio presidente:

" A estrutura técnico financeira do seguro social brasileiro, baseada como está em contribuições compulsórias e iguais da União, dos empregadores e assalariados, vem-se revelando, a pouco e pouco, precária e incerta, em virtude da impossibilidade nos recolhimentos ou mesmo pela não satisfação dos pagamentos compulsórios ao terço a que o Estado se obrigou" (mensagem de Dutra, 1949, apud Fleury Teixeira e Oliveira, op.cit: 187)

A nova Constituição Federal, de 1946, desobrigou a União de participar da contribuição tripartite do sistema previdenciário, cuja crise financeira se agravava em consequência das baixas contribuições, das irregularidades dos recolhimentos e extensão dos benefícios, sem contrapartida das receitas. Esse problema sobreviveu ao segundo Governo Vargas e ao de Juscelino Kubitschek, agravando a crise da previdência.

Como medida paliativa para conter os problemas criados pela persistência de formas diferenciadas de atendimento assistencial, garantidas por legislação inadequada, criou-se, em 1949, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) a ser instituído em todos os órgãos de previdência, como uma tentativa de uniformizar o tipo de assistência médica oferecida. De 1945 a 1964, coincidente com o interregno democrático, manteve-se o modelo vigente, porém, a previdência passou a ser pensada de uma forma mais abrangente, com ampliação de benefícios; elevação dos gastos com a

assistência médica; e, melhora do acesso de segurados e seus dependentes aos serviços prestados.

Embora cercada de restrições, a expansão da atenção médica no âmbito previdenciário foi ascendente ao longo do tempo. A elevação dessas despesas, como de todas as outras no interior do sistema, tinha pouca sintonia com as receitas arrecadadas, tornando-se, posteriormente, um dos pilares do aprofundamento da crise financeira que abalou o sistema como um todo.

No período JK, de 1955 a 1960, foi relevante a diretriz de não dispersar os recursos necessários ao desenvolvimento econômico brasileiro em prol de investimentos nas áreas sociais. Em 1960, a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social, LOPS, estabeleceu a unificação do regime previdenciário que passou a ser direcionado apenas para os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Todos os outros trabalhadores, regidos por regimes próprios de previdência foram excluídos, incluindo-se entre estes os militares, os servidores públicos, os trabalhadores rurais e os empregados domésticos.

Pela LOPS, foram alterados, também, os critérios para o custeio da previdência, cabendo à União apenas a cobertura das despesas de administração, o pagamento de pessoal e a responsabilidade por eventuais **déficits** orçamentários³². Foi fixado, também, um teto de 8% do salário de contribuição a ser descontado dos segurados e, em igual valor, dos empregadores. Estudos revelam que a despesa da previdência sempre aumentou de maneira mais veloz que a receita, corroída, ainda, pelos constantes atrasos do recolhimento das contribuições das empresas; baixa arrecadação da União; vigência de crises inflacionárias; e, práticas de sonegação (Possas, op.cit). Nesse contexto, os débitos do Governo federal e das organizações patronais foram diluídos em financiamentos de

³² Chama a atenção o fato da crise financeira da previdência já ser bastante conhecida, cabendo à União grande parcela dessa responsabilidade por não participar efetivamente da contribuição tripartite, conforme determinava a legislação em vigor.

longo prazo³³. A elevação das despesas administrativas, não previstas em bases atuárias, foram elementos decisivos para tornar crônica esta crise financeira.

Alimentado pelas demandas por assistência médica previdenciária, a partir da década de 60, foi expressivo o crescimento da medicina privada no país, representada pela criação de empresas médicas e indústrias de equipamentos hospitalares. Associado ao incremento do setor farmacêutico, este fato inscreve o Estado brasileiro numa cadeia de produção articulada ao capital estrangeiro, mantendo perfeita relação com o modelo de desenvolvimento econômico instituído no país.

O setor industrial brasileiro, em progressivo crescimento, passou a absorver circunstancialmente maior contingente de trabalhadores. Essa mão-de-obra, egressa das áreas rurais e das pequenas indústrias artesanais e manufatureiras, tornou-se potencialmente um grande desafio para a estrutura previdenciária dominante até então, em particular para os modestos serviços de assistência médica oferecidos. Esses serviços médicos, intensamente utilizados, refletiram não somente a extensão da base de atendimento e incremento do número de beneficiários do sistema, mas as necessidades emergentes de uma classe social menos favorecida, debilitada pela baixa qualidade de vida nos centros urbanos. O setor privado absorveu grande parcela dos recursos destinados à saúde, em parte devido ao interesse governamental em promover empresas farmacêuticas e de equipamentos hospitalares e em parte porque a infra-estrutura própria não tinha capacidade para satisfazer o atendimento.

Para suportar a pressão, intensificada pela dívida crescente da União e das empresas, assim como pela queima das reservas do sistema, as contribuições dos trabalhadores se transformou na principal fonte de receitas, "representando desde 1965 cerca de 80 % da receita total corrente" (Possas, 1989: 213). Dessa forma, o ônus da crise

³³ Os Institutos de Aposentadorias e Pensões deveriam pagar aposentadorias no valor do salário recebido no último mês de trabalho, dando margem a uma série de arranjos entre patrões e empregados como meio de usufruir cada vez mais dos benefícios da previdência.

previdenciária passou a ser sustentado pelos contribuintes que tiveram o valor de sua contribuição progressivamente aumentada³⁴.

A base de financiamento da previdência não previa o envelhecimento dos trabalhadores, as péssimas condições de trabalho e de vida que, entre outros transtornos, implicaram, ao longo do tempo, no aumento de gastos com benefícios e assistência médica. Aliado a esses fatores some-se que grande parcela da população economicamente ativa não participava do mercado de trabalho não sendo, portanto, contribuinte do sistema. Por estas e outras razões era muito difícil garantir a efetivação das diretrizes contidas na LOPS, como a unificação dos benefícios. O mesmo nível de dificuldades impediu a ampliação dos benefícios aos trabalhadores rurais, conforme preconizava o Estatuto do Trabalhador Rural, instituído por João Goulart, em 1963.

No conturbado contexto político provocado pelo Golpe Militar de 1964, com a instalação de regime autoritário de Governo, os IAPs sofreram intervenção governamental. Sob a suspeita de fraude e má utilização dos recursos previdenciários, foi instituída, por Decreto, uma comissão formada por representantes dos Ministérios do Trabalho, Planejamento, Saúde e Fazenda para propor a reformulação do sistema de Previdência Social. Como produto foram propostos dois projetos de lei: a reformulação da LOPS e a criação do Ministério do Trabalho e Previdência Social, criado em 1966 e instituído apenas em 1974.

Em nome de uma desejada racionalidade técnica e administrativa, os IAPs foram unificados em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado, como a maior parte das instituições de previdência, até então, pelo recurso autoritário do Decreto (Decreto nº 72 de 21/11/66). A unificação de todos os institutos em um único órgão representou a centralização da previdência social no Brasil. O antigo sistema, descentralizado, era considerado um péssimo exemplo de racionalidade organizacional e

³⁴ Inicialmente a contribuição variava de 3 a 5%; posteriormente foi aumentada para 6; 7 e, finalmente para 8%.

cumpriu a função de dividir, por longo período, os trabalhadores, estabelecendo competições por benefícios e fragmentando os movimentos operários.

A legislação unificadora do sistema, bastante ambiciosa, pautava a instituição de um novo modelo de previdência, com garantia de benefícios para contribuintes e não contribuintes, caminhando no sentido da universalização do atendimento, objetivando a promoção do bem-estar social, a proteção à saúde, e a extensão de direitos previdenciários e assistenciais a uma maior parcela da população. Esta nova concepção, sustentada pelo pensamento universalista expresso na VI Conferência Nacional de Saúde, não foi efetivamente acompanhada pela expansão dos serviços oferecidos, onde o exercício do direito à saúde ficou encarcerado na manutenção do quadro de desigualdade no acesso ao atendimento. Para Cordeiro (1988:5), ao contrário do que pretendiam os instrumentos legais configurados na LOPS e no INPS, o sistema de atendimento médico daí resultante reproduziu exclusões sociais e desigualdades regionais existentes.

Todas as medidas adotadas eram compatíveis com as diretrizes estabelecidas pelo Decreto-lei 200, de 1967, que orientava ampla reforma da Administração Pública Federal, prevendo a otimização da infra-estrutura de serviços do setor privado, transferindo, para esta, a execução direta de algumas funções públicas. A criação do INPS representou a possibilidade concreta da definição de um sistema de articulações entre o setor público e o privado, garantido por melhores condições técnicas e financeiras para o desenvolvimento da medicina curativa, com o privilégio de entidades hospitalares e de produção de insumos. Neste aspecto, a participação do Estado foi fundamental para estimular o desenvolvimento de uma estrutura médica industrial, alimentando o crescimento e consolidação de um setor privado forte, financiado pela compra de serviços médicos destinados à população trabalhadora.

Simultaneamente, porém, no interior das escolas de medicina começou a surgir um movimento no sentido de alterar o modelo de assistência médica previdenciária vigente. Questões como regionalização dos serviços, hierarquização do atendimento,

racionalização de recursos, delegação de funções etc, começavam a fazer parte das discussões entre os profissionais de saúde. Quadros médicos formados em universidades onde floresciam esses debates passaram a internalizar e expandir esses conceitos, no sentido da construção de uma nova forma de se entender e praticar a saúde no Brasil. Entre os conceitos desenvolvidos destacam-se o da universalidade de atendimento, confrontando com o modelo previdenciário orientado apenas para sua clientela de contribuintes e beneficiários.

Esses profissionais colocaram em prática suas idéias reformadoras no âmbito do próprio aparelho estatal, notadamente nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Instalou-se, dessa forma, uma nova ideologia, em busca de uma prática médica menos individual e curativa, porém exercida segundo demandas concretas, personificadas no exercício de uma medicina preventiva e/ou comunitária, dimensionada em função das condições sócio-econômicas da população³⁵.

Por outro lado, em consonância com o Decreto-lei 200 que estimulava a participação privada no setor saúde, o Plano Nacional de Saúde, PNS, elaborado em 1968, colocava em posição focal a melhoria da assistência médica oferecida pela iniciativa privada. A busca desta melhoria induziu a intensificação de linhas de financiamento para a construção de hospitais privados, ampliando a quantidade de unidades credenciadas para a venda de serviços assistenciais.

Na compra de serviços privados, o custo das internações eram cobertas pelas chamadas Unidades de Serviços (US) que, como uma moeda própria da área assistencial, ressarcia os prestadores, remunerando a quantidade, não a qualidade dos procedimentos realizados. Dessa forma, a utilização da rede hospitalar privada, pelo setor público, tornou-se uma prática em crescente expansão.

³⁵ Sobre a medicina preventiva e/ou comunitária ver, respectivamente, AROUCA, Antônio Sérgio Silva. *O Dilema Preventivista - Contribuição para Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Tese de Doutorado, Campinas, UNICAMP, 1975; e DONNANGELLO, Maria Cecília e Pereira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, Duas Cidades, 1979.

A compra de serviços era justificada pela insuficiência da rede pública em satisfazer a demanda, principalmente por serviços hospitalares, cuja oferta no setor privado assume escala crescente, absorvendo grande parte da receita do INPS. Segundo Fleury Teixeira e Oliveira (op. cit: 219), de 1969 a 1975 a percentagem de serviços comprados a terceiros representou cerca de 90%, em média, da despesa geral do INPS. Em 1978, a rede própria era de 3,3% contra 96,7% da rede privada (Possas, 1989:254)

Os contratos reembolsados com base nas Unidades de Serviço (US) correspondiam a valores inferiores aos cobrados por particulares, acarretando o surgimento de diversas irregularidades, por parte dos prestadores, para aumentar a lucratividade dos serviços realizados. Regularmente eram utilizados diversos artifícios como opção por internações mais caras, multiplicação de procedimentos médicos e ênfase em tratamento cirúrgico, mercantilizando as ações, cujo nível de prioridade induzida "transforma o paciente, diante da medicina mercantil, num cheque ao portador" [Gentile de Mello (apud Rocha, 1988:5)].

O atendimento ambulatorial, por outro lado, ficou sob a responsabilidade da rede própria, parecendo não haver muito interesse por parte da iniciativa privada em assumir este serviço pouco lucrativo. Como ressalta Possas (op. cit.), a maior parte das internações eram de crianças enfermas, desnutridas ou que contraíam doenças infecto-contagiosas. O tratamento curativo, evidentemente, não atuava nas causas do problema, não havendo comunicação política ou operacional entre os setores de saúde pública e assistencial previdenciário.

Além do setor contratado, havia o setor credenciado ou conveniado com o INPS, permitindo às organizações patronais a responsabilidade pela prestação de assistência médica aos seus empregados. Mantidos mediante subsídios do INPS, possibilitavam à empresa conveniada escolher serviços de empresas médicas especializadas ou de grupos médicos, desobrigando o Instituto da atenção direta a uma parcela da população, excluindo-a do atendimento ambulatorial e das demais formas de assistência oferecida pelo sistema

como um todo. Sua principal finalidade era substituir os setores médicos das fábricas, sem perder o controle direto da empresa sobre a saúde dos seus trabalhadores, além de melhorar a seleção de mão-de-obra e garantir a produção pela redução do absenteísmo, monitorando faltas e licenças médicas.

A medicina de grupo e a empresa médica favoreceram a progressiva terceirização da assistência à saúde, substituindo gradativamente os órgãos próprios, como Departamentos Médicos, das empresas contratantes. Enquanto o serviço médico prestado diretamente visava o aumento de produtividade, a medicina de grupo objetivava obter lucro, com a redução dos gastos do tratamento. A forma de pagamento feita pela empresa ao grupo médico era mensal, em valores pré-fixados, estipulados por número de trabalhadores assegurados. Esse tipo de convênio predominou nas empresas de grande porte do setor bancário, industrial e multinacional.

Ao subsídio fornecido pelo INPS para o pagamento dos convênios havia uma certa complementação de valores, que consistia em um valor **per capita** por empregado, pago pelo empregador, objetivando cobrir a totalidade das despesas feitas pela empresa médica. Com o passar do tempo, a Previdência Social passou a arcar cada vez mais com os custos desse tipo de assistência, ampliando as possibilidades de utilização desta modalidade de serviços às organizações de pequeno e médio porte, favorecendo o crescimento da clientela da medicina de grupo às custas do setor público.

Visando a manutenção dos seus ganhos, as empresas médicas transferiram para o órgão previdenciário os tratamentos considerados mais dispendiosos, bem como a realização de exames caros e especializados, embora houvesse interesse por parte do setor privado para que a ampliação da rede pública de atendimento fosse contida³⁶. Neste período, a política de assistência médica do INPS foi alvo de duras críticas, havendo uma proposta apresentada no Simpósio Nacional de Assistência Médica Previdenciária, realizado

³⁶ A rede era constituída por hospitais e ambulatórios e estava estruturada no tripé: INPS, destinada aos empregados urbanos; IPASE para os funcionários públicos; e FUNRURAL, para as trabalhadores da área rural.

em 1973, para a unificação do sistema de atendimento médico sob um comando único, agregando o INPS, o IAPAS e o FUNRURAL. Após 74, na reformulação do sistema conveniado, o INPS também se articulou com as Secretarias Estaduais de Saúde, prefeituras e universidades, através dos hospitais escola, buscando a ampliação de sua base convencional. Foram realizados convênios também com sindicatos objetivando, neste caso, a dotação de serviços para dispersar atividades políticas predominantemente desenvolvidas.

Ao ampliar benefícios e estender a cobertura à outras classes de trabalhadores, a política previdenciária refletia a adoção de um modelo de seguridade social em direção à universalização do atendimento. Em 1974 foi instituído o Ministério da Previdência e Assistência Social³⁷ (MPAS), fortalecendo o setor. A política governamental vigente, consubstanciada nas diretrizes do II PND, apontava para a necessidade da ampliação da cobertura de atendimento da assistência médica, buscando contemplar segmentos populacionais que se encontravam fora do sistema previdenciário. A cobertura de atendimento previa a prestação de serviços médicos integrais aos habitantes das áreas urbanas e rurais, através de um sistema de saúde adequado a cada realidade (Poz, 1980).

Com a reestruturação administrativa empreendida, coube ao Ministério da Saúde um caráter mais normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para medidas de interesse coletivo; ao Ministério da Previdência e Assistência Social foi reservada atuação voltada, principalmente, para o atendimento médico-assistencial individualizado. A análise dessa situação levou Fleury Teixeira e Oliveira (op. cit: 241) concluir que:

- "a) o modelo vigente de compra de serviços do setor privado é altamente oneroso, favorecendo a corrupção e ameaçando o equilíbrio financeiro da instituição;
- b) as demandas originadas a partir da crise econômica e política que atravessa o país exigem uma crescente ampliação dos serviços médicos;

³⁷ O Ministério da Previdência e Assistência Social, mesmo antes da ampliação da discussão sobre a Seguridade Social no Brasil, representou o que hoje seria o Ministério da Seguridade, mantendo sob suas responsabilidades a Assistência Social, Previdência e Saúde.

- c) a impossibilidade de retornar ao modelo de prestação de serviços via setor próprio de Previdência, em face dos compromissos já assumidos com o setor privado."

Uma das soluções encontradas para contornar os problemas foi a implantação de instrumentos de controle de contas e procedimentos das entidades contratadas e conveniadas, dificultando a apropriação indevida de recursos sem alterar, todavia, a política de compra de serviços estruturadas nas US. A instituição dos mecanismos de controle foi viabilizada através da criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV).

Para ampliação da cobertura, em nome da crescente universalização do atendimento médico, foi elaborado o Plano de Pronta ação (PPA), em 1974, representando um conjunto de normas e rotinas a serem seguidas pelos órgãos vinculados ao complexo previdenciário, propondo, inclusive, a democratização do atendimento nos casos de urgência, priorizando o atendimento ambulatorial. O PPA manteve as formas dominantes de prestação de serviços, tornando acessíveis as ações de saúde aos beneficiários da previdência, além de seus dependentes, empregados domésticos e profissionais autônomos, abrangendo em torno de 80% da população urbana. Ainda neste período, com a intenção de atingir a população das periferias urbanas e do interior do país surgem dois programas específicos: PREPPS - Programa Estratégico de Preparação de Pessoal de Saúde e o PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Em 1974, foi criado o FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, que passou a financiar, com recursos da Caixa Econômica Federal, a ampliação da rede privada de assistência médica e hospitalar.

A instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, objetivou dar um sentido mais articulado aos diversos órgãos que prestavam assistência médica no âmbito do sistema previdenciário, evitando a dispersão de recursos e disciplinando as competências e responsabilidade da rede conveniada. Essa lei, entretanto, nem chegou a ser regulamentada, obstruída pela disputa de poder no âmbito da Previdência. De 1975 a 1978 a política de compra de serviços médicos foi intensificada, com ampliação dos convênios

diretamente com as empresas, em detrimento da expansão da rede credenciada. A Lei de criação do SNS apontou a necessidade de ordenação e harmonização dos diferentes setores que atuavam na área, promovendo a integração de ações.

Dando continuidade à reestruturação do setor saúde, em 1977, foi criado o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) que, com atribuições bastante abrangentes, reuniu a área de benefícios, a prestação de assistência médica, a administração financeira e patrimonial do sistema, além do gerenciamento dos diversos programas existentes³⁸. Além do SINPAS, subordinado ao MPAS, foram criados o INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, fazendo parte de uma ampla reforma no Sistema de Previdência. O SINPAS, com a missão de implantar sistemas de controle para sanar as distorções existentes, foi integrado pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, pela LBA (Legião Brasileira de Assistência), a FUNABEM³⁹ (Fundação Nacional do Menor); o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social) e o DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social). Sobre o INAMPS, ressalta Gentile de Mello (1978:179)

"Desgraçadamente, os produtores do anteprojeto de lei do Novo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, em lugar de modificar o modelo, introduziram um dispositivo que permite à Previdência Social a cobrança de parte do custeio do sistema com o nível de renda do segurado. Consagra-se, mais uma vez, o sistema produtor de pacientes fantasmas, de cirurgias, internações e outros serviços desnecessários."

Com o SINPAS foi possível separar as atividades de assistência Médica (INAMPS) da Previdenciária (INPS) e Administrativa (IAPAS). Entretanto, apesar de se caminhar no sentido de seguridade social, onde a assistência é concedida a quem precisa e não a quem contribui, essas medidas não foram acompanhadas de mudanças na cultura de

³⁸ Pelo texto de lei de criação do SINPAS caberia à União contribuir para o pagamento de pessoal e despesas administrativas do INPS, INAMPS e IAPAS. A União, entretanto, mais uma vez revelou-se não cumpridora de suas obrigações.

³⁹ Extinto na Reforma Administrativa realizada por Collor em 1990, surgindo em seu lugar a FCBIA - Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Juventude. O CBLA e a LBA foram extintos em 1995.

atendimento médico e nas formas de financiamento do setor. Quanto a este, a União seguiu a sua prática habitual de não repassar recursos devidos, legalmente destinados a cobrir as despesas administrativas da Previdência Social.

O início da década de 80 marcou o ápice da crise previdenciária, desenhada lentamente, ao longo do tempo. O milagre brasileiro chegou ao fim, carregado de intensa recessão e inflação ascendente, motivando o questionamento da atuação do Estado no setor de saúde, entre outros, cuja crise, reforçada pela insatisfação generalizada quanto aos serviços prestados, se estruturava em altos custos e baixa resolutividade. Por outro lado, a estagnação econômica dessa década provocou queda nos níveis de arrecadação, refletindo-se na redução das receitas e despesas alocadas no setor saúde.

Nesse contexto, e para satisfazer a crescente demanda por serviços, surge, no setor privado, uma nova modalidade de prestação de assistência médica, liderada por empresas do tipo Golden Cross, Amil e Bradesco, que se transformam em opção aceitável para a classe média que renegava a péssima qualidade dos serviços públicos e estava impedida, financeiramente, de acessar a medicina privada, pelos seus altos custos.

CAPÍTULO 2

AS AÇÕES INTEGRADAS E DESCENTRALIZADAS

1. PLANOS E PROGRAMAS ESPECÍFICOS: PIASS E PREV-SAÚDE

Como referido anteriormente, através do Decreto-lei nº 78.307, de 24 de agosto de 1976, o Governo Federal criou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, numa iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social. Os custos foram assumidos pelo Ministério da Saúde e INAMPS, tendo nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde os principais órgãos executores. Voltado para o atendimento da população de baixa renda, e sem cobertura médico-sanitária, o PIASS foi planejado para atuar nas áreas de assistência individual, saneamento básico e alimentação e nutrição.

As dificuldades encontradas para a implantação desse Plano estavam relacionadas à: ausência de tecnologia para o atendimento, em função da ampliação da cobertura; necessidade de delegação de funções e autoridade, promovendo descentralização administrativa; ausência real de integração e articulação de órgãos e atividades. Das ações previstas, a ampliação da rede física foi priorizada em detrimento das ações de saneamento, contribuindo pouco para a melhoria das condições de vida da população. Sobre essas ações, admite Picchiai (1991:130) que:

"a extensão desse programa para vários outros estados das demais regiões do país, levou a um ponderável aumento de oferta da rede básica e possibilitou a institucionalização de um primeiro instrumento de integração do trabalho das várias instâncias responsáveis pela saúde do país."

No modelo de intervenção do Estado em políticas de saúde, fortemente abalado pela a crise dos anos 80, foi estampada a necessidade de resgatar as condições mínimas de vida da população, significando melhoria dos padrões dos serviços de saúde oferecidos, buscando-se novas formas organizacionais para a prestação desses serviços,

como descentralização administrativa e flexibilidade das relações autoritárias que marcaram a articulação entre o Governo central e os Governos estaduais e municipais.

O envolvimento dos profissionais de saúde, como um respeitável grupo de pressão, se faz sentir neste período por iniciativa de um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, que formularam o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), lançado no âmbito da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980. O programa visava a ampliação da cobertura dos serviços básicos oferecidos e a reorganização das ações, de modo a transformar a política de saúde adotada até então, passando a privilegiar o atendimento de regiões periféricas aos grandes centros urbanos para melhorar as condições sanitárias da população. Entre suas principais diretrizes destacam-se:

- hierarquização do atendimento por áreas de complexidade;
- ênfase na atenção primária, como porta de entrada do sistema;
- estímulo à utilização de novas práticas no atendimento, incentivando a participação da população;
- integração dos serviços indiferentemente de pertencer à rede pública própria, previdenciária ou privada;
- organização do atendimento por áreas regionalizadas.

O projeto sofreu severas críticas e não foi implementado, mantendo-se o modelo vigente. A crise da previdência foi acirrada neste período, com diminuição das contribuições em decorrência da queda dos salários reais e redução do crescimento de emprego, causados pela intensificação da crise econômica geral dos anos 80. Para Rocha (1988:8):

"Denuncia-se o programa como estatizante e orchestra-se uma campanha contra o mesmo patrocinada pela Federação de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupo e da própria Associação Médica Brasileira inviabilizando definitivamente o PREV-SAÚDE".

Este plano, no entanto, foi uma importante tentativa de integração de ações. Como Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, tinha entre seus objetivos a

extensão da cobertura de serviços básicos à população e a reorganização do setor público de saúde, enfatizando medidas de saúde coletiva. Com a intenção de implantar sistemas de abastecimento d'água simplificados, além de estabelecer metas para o controle da esquistossomose e da doença de Chagas, entre outras, este plano se posicionou negativamente frente aos credenciamentos levados à cabo pelo INAMPS, sendo favorável à encampação progressiva dos serviços contratados pela rede própria.

Na mesma linha de objetivos, o Plano de Reorganização da Assistência Médica à Saúde, no âmbito do Sistema Previdenciário, foi uma iniciativa do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP¹. O plano apontava no sentido da reestruturação do modelo assistencial brasileiro, rompendo a dicotomia entre saúde pública e previdenciária, com implantação de um sistema unificado de saúde. Entre seus objetivos sobressaem: prioridade às ações primárias, com ênfase na assistência ambulatorial; integração institucional da União, estados e municípios em um sistema regionalizado e hierarquizado; estabelecimento de níveis e limites orçamentários; melhoria das condições de atendimento nos serviços de saúde; administração centralizada de recursos; participação suplementar da iniciativa privada; implantação gradual da reforma, com reajustes necessários. Ousado em suas proposições, visava:

"a descentralização do sistema de assistência médica pela criação de uma porta de entrada única, integrando numa rede básica de serviços públicos de saúde a capacidade instalada do INAMPS, nos Estados e Municípios, entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades do Estado." (Picchiai, op.cit.:135).

Para melhor controle dos gastos com a rede contratada foi implantado um novo modelo de pagamento de contas hospitalares, denominado sistema AIH², substituindo o modelo baseado nas US. Para a reorganização dos serviços ambulatoriais foi elaborado um projeto de Racionalização da Assistência Ambulatorial, a ser implantado no INAMPS, através dos Postos de Assistência Médica, PAMs, e da rede contratada. A otimização dos

¹ O CONASP foi criado pelo Decreto-lei nº 86.329, de 02/09/81. Como órgão consultivo, tinha entre suas atribuições o controle da prestação de serviços médicos e a racionalização dos recursos alocados em saúde.

² AIH - Autorização de Internação Hospitalar.

equipamentos públicos se daria a partir da assinatura de convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. A relação trilateral estabelecida derivou, posteriormente, para Ações Integradas de Saúde - AIS, criadas em 1983, como uma estratégia para integrar os diferentes níveis de Governo, descentralizando a utilização dos equipamentos de saúde e estimulando a participação ativa dos vários segmentos da sociedade.

2. AIS - AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

O Plano de Reorientação da Assistência Médica à Saúde, contendo severas críticas à assistência previdenciária, rompeu com o modelo vigente contrariando os interesses dos grupos de pressão que dominavam o setor saúde. O processo de mudança foi deflagrado pelo próprio Governo, numa lógica diferenciada da que até então estimulara, tentando controlar a prestação de serviços médicos, revertendo as formas de exercício da medicina privada no interior do sistema público. Com esse espírito, foi introduzido o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), limitando a quantidade de convênios com a rede privada, quer hospitalar, quer de empresas de saúde. As mudanças, obviamente, foram acompanhadas de um intenso clima de pressão, desencadeado pelo descontentamento dos agentes envolvidos, direta ou indiretamente, com a assistência médica previdenciária.

As Ações Integradas de Saúde, produto da relação convenial entre os órgãos federais e secretarias estaduais e municipais de saúde, foram formalizadas apenas em 1985, através de Portaria Interministerial. Esta portaria apontava entre os princípios norteadores das AIS a universalidade de atendimento; integralidade e equidade de atenção; regionalização e hierarquização de serviços; descentralização das ações e do processo decisório; participação da sociedade no controle dos serviços; planejamento e controle do setor público sobre as atividades da rede privada. Para efetivar esses princípios, diversas Comissões Interinstitucionais foram criadas, destacando-se a CIPLAN, CIS, CRIS e CIMS ou CLIS, que deveriam funcionar como instâncias de formulação e decisão das ações de saúde.

A CIPLAN, Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação, deveria favorecer a integração das instituições federais, sendo constituída por representantes do Ministério do Planejamento e Ação Social, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. A Comissão Interinstitucional de Saúde - CIS seria a instância de coordenação e gestão das AIS na esfera estadual. Como uma secretaria técnica, seria formada pelo Secretário Estadual de Saúde, Superintendente Regional do INAMPS, representantes do Ministério da Saúde e Educação e Cultura.

A Comissão Regional Interinstitucional de Saúde - CRIS, teria a responsabilidade de integrar e coordenar as ações regionalizadas de saúde, contando com a participação de representantes dos ministérios e das instituições regionais que tivessem aderido ao processo. A Comissão Municipal ou Local Interinstitucional de Saúde - CIMS ou CLIS, foi pensada como instância local de planejamento e gestão das AIS. Representando municípios ou grupos de municípios, era integrada por órgãos ministeriais convenientes, além de representantes da Prefeitura, da Secretaria Municipal de Saúde, e de organizações comunitárias e sindicais.

A estruturação da gestão das AIS, através dessas comissões, assumiu uma forma piramidal, hierarquizando e estratificando o processo decisório da política em cada esfera de Governo. Muitas das propostas sequer foram implementadas, condicionadas pelas dificuldades políticas, operacionais e financeiras que emperravam o processo. Além disso, o fato das AIS serem baseadas em convênios firmados entre o INAMPS, estados e municípios, permitia o repasse de recursos condicionado pela contraprestação de serviços, configurando uma verdadeira compra dos serviços públicos, estaduais e municipais, pela esfera federal. A rede pública, em resumo, estava sendo nacionalmente gerida pelo INAMPS, mantendo-se o nível de controle e centralização do órgão federal. Muitas das propostas contidas nas AIS não saíram do discurso. A persistência de problemas como: dificuldades de acesso ao sistema de saúde vigente; desorganização da rede básica de

atendimento; baixa capacidade técnica para resolução dos problemas de saúde; e, ausência de integração institucional para promoção das ações, foram alvo de intensos debates.

Estudos realizados por grupo de trabalho especialmente criado no interior do sistema, visando propor medidas para a reforma da Previdência Social, refletiam as controvérsias existentes sobre a universalização dos serviços, que deveria permitir a expansão da cobertura de atendimento para além dos contribuintes, cujos direitos foram compulsoriamente adquiridos. A dicotomia rompida entre os contribuintes e o restante da população, deveria ser custeada pela previdência, entretanto, Dain (1986:13) chama a atenção para o fato de que 89% dos recursos arrecadados eram provenientes de contribuições sociais, sendo assim:

"Paradoxalmente, o direito à cidadania se antagoniza com o direito do contribuinte, quando ambos se confrontam na tentativa de ampliar as possibilidades de cobertura, contando exclusivamente com os recursos tradicionais da previdência".

Frente às novas demandas, a constatação do grupo de trabalho era que havia uma necessidade urgente de reestruturar as atividades do INAMPS, superando o modelo de organização vigente até o momento, sem esquecer, contudo, que a participação percentual deste órgão na despesa global da Previdência Social era decrescente, havendo sido constatada redução de aproximadamente 30% dos recursos, entre 1980 e 1983.

Constatou-se, ainda, que a capacidade ociosa do INAMPS em consultas ambulatoriais era da ordem de 44%, em 1984, havendo, nesta época, plena utilização dos serviços privados. Na área hospitalar, a ociosidade beirava os 47,5%, com visível sucateamento da rede, conflitando com as declarações do próprio INAMPS sobre a impossibilidade de atuar de maneira mais universalizada, frente a um **déficit** calculado pela instituição. Enquanto isto, a rede privada, de 1980 a 1984, ampliou em 45% seu percentual de atendimento em consultas médicas.

O processo decisório desarticulado no interior do próprio INAMPS, onde o nível central pouco falava com suas unidades regionais, era apenas mais um dos ingredientes que acirravam a ineficiência da instituição. Além disso, a grande diversidade de formas de contratação de serviços e de relacionamento com a iniciativa privada, alimentado pela ausência de controle dos serviços prestados, davam margem à estruturação de operações fraudulentas e de baixa qualidade. Foi nesta conjuntura adversa que se instalaram, de forma embrionária, as Ações Integradas de Saúde, como nova estratégia governamental no direcionamento da política de assistência médica no interior do sistema de Previdência Social, cujas diretrizes eram direcionadas para a melhoria da imagem do setor público na prestação de serviços, com delegação de poder decisório às Superintendências Regionais do INAMPS.

Segundo avaliação do Ministério, nos anos de 1985 e 1986 alguns importantes resultados foram alcançados com as AIS, como maior participação das outras esferas governamentais na oferta de serviços (Cordeiro:1988), e crescimento de 53% dos recursos financeiros alocados (Relatório do Grupo de Trabalho, 1986:23). A universalização do atendimento foi acompanhada da implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), conhecido também por Sistema AIH, em hospitais que executavam, inicialmente, o convênio com o FUNRURAL. A divulgação pela imprensa de inúmeros casos de fraudes contra o sistema obrigava a instituição de medidas eficazes para recuperar a credibilidade abalada. Apesar das intenções, no período que antecedeu à Nova República, o sistema de atendimento médico previdenciário comandado pelo INAMPS continuava em progressivo regime de deterioração. Para Cordeiro (1986:5)

"No INAMPS foram deixados de lado os mecanismos de controle desenvolvidos para o SAMHPS. Estabeleceu-se um verdadeiro mercado de AIH. Pagou-se um cem número de órteses e próteses nunca colocadas. O atendimento de emergência nunca foi tão distorcido."

Assumindo que a saúde é um direito de cidadania, implicando em dever do Estado, a política da Nova República sinalizou a necessidade de descentralização das ações

e serviços de saúde, prevendo o estabelecimento de gestão participativa e colegiada, com delegação de autonomia aos estados para realizar o planejamento da saúde de acordo com demandas identificadas localmente. Neste processo, uma das principais responsabilidades do INAMPS seria promover a universalização do atendimento, tendo como estratégia, para recuperação da credibilidade perdida, a implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde). Para tal, o terreno precisava ser recomposto, com a eliminação da superposição de ações, da dispersão de recursos e esforços, e da desorganização institucional dominante.

A transformação das práticas vigentes passava pela revisão da política de prestação de serviços, estruturada em serviços próprios, conveniados e credenciados, que fragmentava a rede de atendimento, impedindo a visão integrada de seus problemas e complexibilidades, na medida em que cada tipo de convênio ou contrato exigia, solitariamente, formas diferenciadas de planejamento, programação, orçamentação e controle.

Nesse sentido, o INAMPS passou por uma estrondosa reforma administrativa, sendo relevante a criação de Departamento de Promoção da Integração dos Serviços de Saúde, com coordenadorias regionais em correspondência com as instituições desconcentradas do Ministério da Saúde, aproximando, dessa forma, a assistência médica previdenciária da saúde pública. A idéia central era aproximar os órgãos internos do INAMPS da totalidade dos serviços prestados, estabelecendo-se ainda, um Departamento para o desenvolvimento dos recursos humanos e para o planejamento estratégico das ações. Com a reformulação das Superintendências Regionais, foram estabelecidos parâmetros para o alcance da universalização do atendimento: previsão de 2 (duas) consultas médicas por habitante/ano e 10 (dez) internações para cada 100 habitantes/ano, conforme descreve Cordeiro (op.cit).

Com esse parâmetro foi possível identificar os débitos por atendimento ambulatorial e hospitalar, para serem supridos num período de 4 anos. Os investimentos permitiriam o crescimento de 30,9%, no atendimento ambulatorial, e de 19,3% nas

internações hospitalares, representando um incremento anual, real, da despesa, de apenas 6,4% (Cordeiro:op.cit.). A principal dificuldade apontada para o alcance desses objetivos eram os vultosos gastos com a rede privada contratada e conveniada.

Na programação orçamentária feita pelas Superintendências Regionais, buscou-se a identificação descentralizada das necessidades procurando satisfazer as demandas por ações e serviços nos estados e municípios a partir da determinação das Secretarias Executivas dos CIS/CRIS/CIMS³. A previsão de utilização plena da capacidade instalada para o atendimento médico e hospitalar levou em consideração a possibilidade de ampliação da oferta de serviços na rede pública, mediante participação de estados e municípios. Estas medidas, tendo como mola a descentralização do processo decisório não apenas no interior do INAMPS, mas, principalmente, no setor da saúde como um todo, tiveram êxito com o envolvimento das entidades representativas de profissionais e trabalhadores de saúde. A participação, entretanto, ainda não era estendida à população, que participava apenas como detentora de direitos e usuária dos serviços.

Havia toda uma preocupação em rever as formas de relacionamento mantidas com os prestadores de serviços, institucionalizando-se canais entre seus representantes formais - Federação Brasileira de Hospitais, Federação Nacional dos Estabelecimentos dos Serviços de Saúde e a Federação das Misericórdias - e o INAMPS, com o objetivo de definir metas e condições de trabalho, além de promover a adequação do contrato padrão às exigências do sistema, submetendo-o à concepção das AIHs.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde⁴, realizada em 1986 e precedida de pré-conferências municipais, estaduais e de profissionais do ramo, foram estabelecidas as condições para assegurar com mais eficácia o direito à saúde. Com este intento, foi apresentada proposta à Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, baseada no consenso de que a mudança na política de atenção à saúde, para ser alcançada, deveria ser precedida

³ CIS/CRIS/CIMS - Comissões de nível local e estadual

⁴ Com bastante representatividade, a legitimidade das Conferências de Saúde dá-se pelo caráter institucional legal de sua convocação (a VIII Conferência foi convocada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social).

de políticas que garantissem a transformação das relações entre o setor público e privado; a descentralização das operações; o controle e avaliação dos serviços; a otimização da rede pública; o estabelecimento de fundos de gestão financeiros nas três esferas de Governo; o desenvolvimento de canais efetivos de participação da sociedade; e, a universalização do acesso aos serviços no meio urbano e rural.

"A nível mais geral, considera-se que um avanço substantivo na qualidade do desempenho do setor de saúde no país depende hoje de medidas corajosas que estabeleçam mudanças de fundo, sejam políticas, gerenciais e de estrutura. As AIS avançaram até onde foi possível avançar. A superação da situação atual depende de um novo salto de qualidade, que está fora dos atuais limites impostos pela centralização, escassez de recursos e mult institucionalidade" (GT-Relatório Final da VIII Conferência, 1987:26).

Na implantação da universalização, a expansão da oferta de leitos e consultórios médicos prevista era calcada na ampliação das redes estadual e federal de saúde, com uma previsão de gastos com a população não previdenciária da ordem de 20% em 1986; 20% em 1987; 15% em 1988 e 13% em 1989. Isto, obviamente, significava contratação de pessoal e aumento da produtividade da rede. Nas recomendações da VIII Conferência de Saúde, foi consolidado que a reorganização da assistência médico-hospitalar, bem como das ações de promoção e proteção da saúde, deveriam ser articuladas no interior de um Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de Governo, reforçando que o acesso aos serviços e ações do sistema seriam universalizados e igualitários, para a clientela única, sem separação entre contribuintes ou não da previdência, pertencentes às áreas urbanas ou rurais. No âmbito de todas estas propostas, as AIS cumpriam o estratégico papel de promover a transição do modelo reinante para um Sistema Único, descartando as estruturas viciadas do Ministério da Saúde e do INAMPS.

A descentralização do INAMPS deveria guardar estreita relação com a distribuição regional dos equipamentos, verificada a capacidade instalada, a área de abrangência, a complexidade da rede e o perfil epidemiológico dos estados e municípios, entre outros critérios. Era imprescindível a modernização gerencial, a transferência e o remanejamento gradativo dos recursos físicos e humanos para a periferia do sistema, com

informatização dos procedimentos e dos controles operacionais das ações. Essas recomendações foram encaminhadas à Comissão de Reforma Sanitária para reestruturação da Previdência Social.

3. SUDS - SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE

Para institucionalizar as proposições da VIII Conferência, foi criada, por decreto, uma Comissão Interministerial, denominada Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS, com a responsabilidade de propor, em apenas 180 dias, a nova Política Nacional de Saúde. Mantendo as diretrizes aprovadas na VIII Conferência, a CNRS encaminhou, em março de 1987, a proposta do novo modelo à Assembléia Constituinte. Para acelerar o processo, e conter as demandas por prestação de serviços, foram instituídos, também por Decreto (nº 94.657 de 20/07/88), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) nos estados brasileiros, como uma etapa intermediária à implantação definitiva do SUS. Neste processo, que contou com a participação consensual dos Ministérios da Saúde e da Previdência, foi fundamental a pressão exercida pelo Movimento de Reforma Sanitária, cujos integrantes, na ocasião, ocupavam importantes cargos nas instituições federais do Governo Sarney

Entre os objetivos apresentados, o SUDS deveria promover integração interinstitucional, por esfera de Governo, reorganizando as ações e serviços através da criação de um Sistema Único de Saúde, acabando com a persistente dicotomia entre ações curativas e preventivas, descentralizando-as. Mantendo direção única por esfera de Governo, as ações seriam estruturadas segundo critérios de complexidade crescente, contando com a autonomia política, gerencial e financeira de estados e municípios para executar as atividades necessárias. O SUDS representava, dessa forma, a integração das atividades e unidades assistenciais do INAMPS às Secretarias Estaduais de Saúde, tornando os Governos estaduais e municipais efetivamente responsáveis pelo gerenciamento das ações de saúde em seu território.

Os princípios básicos do SUDS, representados pela universalidade, integralidade, hierarquização, resolutividade, participação, descentralização e regionalização, administrativamente deveriam ser colocados em prática com a assinatura de convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto, Komatsu (1993:50) adverte que "até pela natureza desse instrumento jurídico, extremamente frágil, pois rompível a qualquer momento pelas partes convenientes, a solidificação do sistema não foi de fato observada".

Evidentemente que a transferência das unidades de assistência médica do INAMPS para os governos estaduais, assim como das suas Superintendências Regionais, causou impactos políticos e dificuldades gerenciais extremamente complicadas e diferenciadas nos estados, inquietude esta também compartilhada na transferência do controle e gerenciamento da rede contratada e conveniada de prestadores privados, suscitando inúmeras manifestações de descontentamento. A alegação de despreparo dos estados para assumir esse tipo de responsabilidade foi uma das principais bandeiras levantadas pelos grupos de interesse para dificultar o processo de implantação do SUDS, procurando retardar a possível desestruturação do sistema anterior. O SUDS foi caracterizado como estratégia de passagem das AIS para a construção do Sistema Único de Saúde, apresentando, entre suas principais diretrizes de ação (Possas:1989,VI):

- a passagem de equipamentos de saúde, um total de 41 hospitais e 614 Postos de Assistência Médica - PAM - para a administração dos governos dos estados;
- a transferência de cerca de 17.000 funcionários que trabalhavam nas unidades do INAMPS, para a esfera estadual;
- incorporação das Superintendências Regionais do INAMPS às Secretarias Estaduais;
- criação de escritórios regionais em todos os estados para acompanhamento, fiscalização e controle das atividades e recursos transferidos aos estados;
- reestruturação administrativa do INAMPS, com a extinção de cargos e órgãos internos;
- autonomia para que os governos estaduais e municipais passassem a celebrar os contratos e convênios que achassem necessários à prestação de serviços médicos hospitalares;

- orçamentação e planejamento integrados, definindo prioridades e estratégias à partir das necessidades locais e regionais detectadas;
- fortalecimento institucional dos órgãos colegiados⁵, estimulando a participação de técnicos e profissionais de saúde e da população na definição das ações de saúde. Ao nível municipal, além do fortalecimento das CIMS, a criação dos Conselhos Municipais de Saúde.

Assim como nas AIS, a implantação do SUDS se deu em meio a muitas dificuldades. Apesar do clima de participação e democratização política que o país vivia, o SUDS foi criado com o recurso do Decreto-lei, instrumento autoritário, contrastando com os princípios e diretrizes do próprio sistema em formação. Entre as principais dificuldades, colocam-se as resistências do setor privado e o choque de interesses na burocracia estatal. O corporativismo médico se fez presente na crescente resistência às transferências de funcionários federais para as esferas estaduais e municipais.

Fleury Teixeira (1987:98) chama a atenção para o fato da inserção dos profissionais de saúde, participantes do Movimento de Reforma Sanitária, nos cargos de direção nas instituições de saúde a partir de 1985, trazendo para dentro do aparelho estatal, em plena Nova República, as discussões sobre "integração, descentralização, gestão democrática, financiamento, vigilância sanitária, produção e controle de insumos, tecnologia etc". Esses temas, fundamentais à efetiva implantação das propostas reformistas, passaram a ser tratados sob a ótica administrativa, buscando-se a correção dos desvios que obstaculizavam sua operacionalização.

A frágil base financeira do Sistema, associada às irregularidades nas transferências de recursos, promovidas pelo INAMPS para estados e município, contribuíram para o acirramento dos obstáculos à implantação do SUDS, com conseqüente declínio na qualidade da prestação de serviços, prejudicada, ainda, pelo estabelecimento de barganhas e negociações políticas para a transferência de recursos da União para os estados e, principalmente, destes para os municípios.

⁵ Os principais órgãos colegiados eram: CIPLAN - Comissão Interinstitucional de Planejamento; CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde; e, CIMS - Comissões Municipais de Saúde.

No nível regional, os estados estabeleciam relações convenientes com os municípios para a descentralização de equipamentos e serviços, gerando elos de dependência na esfera local, mascarando a descentralização ao favorecer a idéia de compra de serviços públicos, no âmbito dos próprios órgãos públicos. A falta de transparência quanto aos critérios de alocação dos recursos e as dificuldades para o estabelecimento de critérios técnicos para os mesmos, tornou o SUDS um verdadeiro buraco negro, do ponto de vista conceptual, legal, político e institucional. Não havia predisposição para resolver problemas operacionais e políticos, gerando uma infinidade de obstáculos e dilemas para o desenvolvimento do sistema. Em reunião de Secretarias Municipais de Saúde, o tema foi amplamente debatido, segundo (Possas, op.cit:VIII)

"(...) o SUDS, embora se constitua em passo importante para a implantação do SUS, encontra-se hoje bastante limitado na sua concepção por problemas operacionais relacionados à gestão e ao financiamento da rede de serviços, muito distanciado, portanto, da concepção da Reforma Sanitária (...)"

Outra questão crucial na implantação do Sistema Descentralizado era a falta de internalização da necessidade de ampliação da concepção de saúde, exigindo, para o seu êxito a definição de uma série de medidas articuladas que iam desde reformas sociais e econômicas básicas, como saneamento e geração de emprego, por exemplo, até mudanças no relacionamento entre os níveis de Governo, com a tão almejada redefinição dos papéis e responsabilidades.

Na prestação dos serviços, o SUDS herdou grande parte do atendimento ambulatorial que era de competência do INAMPS, tendo como herança as inúmeras filas, a baixa qualidade na prestação dos serviços e maiores problemas com o financiamento. O INAMPS, bem ou mal, era um órgão pertencente ao Sistema Previdenciário, e, como tal, tinha recursos garantidos, mesmo que insuficientes. Os recursos garantiam a assistência médica ambulatorial prestada pelo INAMPS e o pagamento dos serviços prestados por terceiros, financiando em torno de 90% da medicina brasileira.

A universalização, ao satisfazer o direito de cidadania, ampliou a clientela dos órgãos contratados e conveniados, que passaram a atender, com financiamento público, parcela da população não pertencente ao Sistema Previdenciário. As péssimas condições de vida e o quadro sanitário dominante, aumentaram as demandas por ações curativas, tornando a medicina cada vez mais necessária para subverter o padrão de morbidade nacional.

Previa-se, nessa fase, a necessidade de redução da estrutura do INAMPS, sediada, desde muito tempo, nos estados federados. Em julho de 1991, no âmbito do Plano de Custeio da Seguridade, Lei nº 8.212 de 24/07/91, a União se desobrigou das responsabilidades com as despesas administrativas de seus órgãos previdenciários pertencentes ao SINPAS, incluindo o INAMPS, se responsabilizando apenas pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras.

Paralelamente, a agudização do perfil epidemiológico da população aumentava a demanda por serviços, cujo atendimento era comprometido pelas dificuldades financeiras do sistema. Nesse contexto, caracterizado pelo acúmulo de problemas estruturais no modelo proposto, a Constituição Federal de 1988 aprovou o Sistema Único de Saúde, institucionalizando os princípios de descentralização e municipalização das ações de saúde, com comando único por esfera de Governo e controle social da saúde pela população, desde muito defendidos nas AIS e SUDS.

É importante notar, todavia, que as dificuldades políticas e gerenciais vivenciadas durante o processo de implantação das Ações Integradas e Descentralizadas, incluindo-se nesta perspectiva o PIASS, o PREV-SAÚDE, as AIS e o SUDS, não foram solucionadas a contento, de formas a facilitar a passagem para o SUS. Certamente, o acúmulo de problemas não poderia ser sanado apenas com a “evolução” da Política de Saúde e sua inserção no texto constitucional, por mais progressista que seja a política formulada.

Dessa forma, ficou reforçado o pressuposto de que não basta apenas conceber e institucionalizar políticas públicas. Antes de tudo, é vital a existência de

condições mínimas que garantam sua implantação, entre as quais situam-se: dimensionamento dos custos de operação; fontes adequadas de financiamento; assistência técnica; capacitação e desenvolvimento de recursos humanos; estruturas organizacionais compatíveis; instrumentos gerenciais calcados na realidade político-institucional; e, infraestrutura material para a execução das ações previstas. A maior parte dessas condições não foram observadas na implantação das Ações Integradas e Descentralizadas.

CAPÍTULO 3

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária¹, constituída a partir das conclusões e recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, conseguiu introduzir na Constituição Federal de 1988 importantes mecanismos para a transformação do Sistema Nacional de Saúde. Adotando os princípios de universalidade e equidade no atendimento à saúde, o Brasil se colocou como um dos países mais avançados do mundo em termos de legislação social, notadamente, ao considerar que:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (CF, art. 196).

Para romper com a histórica dualidade que marcou a participação do Estado na área de saúde, com atuação dividida entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, o conjunto de ações e serviços de saúde passou a constituir um Sistema Único - SUS, com a gestão compartilhada, em igual nível de responsabilidade, entre as três esferas de Governo. Para a efetivação deste novo sistema, a organização do SUS deverá atender ao disposto no art. 198 da Constituição Federal que determina que "as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de Governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade."

¹ A Comissão Nacional de Reforma Sanitária foi instituída pela Portaria Interministerial MS/ MPAS nº 02/86, publicada no DOU de 22/08/86. Tinha por finalidade propor uma nova estrutura organizacional para o Sistema de Saúde. Ver lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Transcendendo aos limites de uma simples reforma administrativa, o Sistema Único de Saúde introduziu profundas mudanças na concepção das ações de saúde, buscando um modelo de atenção integral calcado, principalmente, na promoção e proteção, objetivando a redução dos fatores de risco causadores de doenças e agravos.

Pelas diretrizes do sistema, a promoção, historicamente associada ao desenvolvimento de ações de saúde pública, deve ser estruturada nas atividades de educação em saúde, nos cuidados higiênicos e na melhoria do padrão alimentar e nutricional da população. Com os mesmos objetivos, a proteção deverá focalizar ações de vigilância epidemiológica e sanitária, programas de vacinação em massa, ações de saneamento básico e realização de exames preventivos.

As ações de recuperação, como herança da assistência desenvolvida no âmbito do sistema previdenciário, continuam situadas preferencialmente no campo do atendimento médico hospitalar e ambulatorial. Esses serviços devem ser desenvolvidos prioritariamente na rede pública, complementados, caso necessário, pelo sistema privado. O exercício dessa complementariedade, no entanto, esbarra na superioridade numérica dos estabelecimentos privados que oferecem inúmeros serviços especializados, estando, algumas vezes, tecnologicamente melhor estruturados que o setor público.

Na implantação do SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde exige profundas transformações de caráter político e técnico-administrativo. Do ponto de vista político, a descentralização implica em transferência de poder e conseqüente redefinição de atribuições e competências entre as esferas de Governo, havendo necessidade de dotar de autoridade as estruturas político administrativas locais para a formulação de suas políticas e o desempenho das funções de natureza local (Vieira:1971). É, todavia, a possibilidade de perda de poder dos Governos federal e estadual para os municípios que mais barreiras tem criado à descentralização.

No âmbito técnico-administrativo as mudanças necessárias deverão ocorrer no sentido de viabilizar os pressupostos do SUS que, além da universalidade e integralidade apontam para a efetivação de resolutividade, hierarquização, regionalização e participação social. Para a implantação dessas diretrizes é fundamental a definição clara sobre quais são os agentes responsáveis por atividades como coordenação e execução direta de ações; regulamentação e normalização; fiscalização e controle; e, produção de insumos (IBAM, 1991).

Essas atribuições, quando distribuídas entre as esferas de Governo, enfatizam a necessidade de descentralização da execução das ações, colocando o município como principal ator deste processo. Exigem, dessa forma, a redefinição de papéis e responsabilidades, bem como a reformulação dos mecanismos até então institucionalizados de planejamento, orçamentação, implementação e avaliação da política de saúde. Sob o ponto de vista formal, a descentralização comparece como uma das mais importantes estratégias para a implantação do SUS. Assumida pelo Governo federal como processo gradual, "sem rupturas bruscas que desorganize as práticas atuais antes que se instaure as novas" (MS, 1993:12), ficou subordinada a uma transição, supostamente equacionada pela substituição de modelos de gestão, sem previsão temporal para sua conclusão.

Ainda considerando a descentralização como ação fundamental para a implantação do SUS, em 1993 o Ministério da Saúde criou o Grupo Especial para Descentralização-GED, cujos objetivos estavam direcionados para favorecer a implantação dos Conselhos de Saúde, estabelecendo, ainda, formas de articulação entre os três gestores do sistema - União, estados e municípios. Como instância de negociação e decisão sobre a operacionalização do SUS, foram instituídas as seguintes comissões intergestores: i) Tripartite, formada por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e CONASEMS; e, ii) Bipartite, de âmbito estadual, integrada por representantes da Secretaria Estadual e do órgão colegiado de representação dos Secretários Municipais de Saúde. A importância dessas comissões pode ser verificada na responsabilidade conferida de aprovar todas as solicitações de descentralização, de atribuições e recursos, do Governo federal para

estados e municípios, de acordo com manifestação formal de interesse dessas esferas de Governo.

Movido pelas dificuldades de implantação da descentralização, ainda em 1993, o Ministério da Saúde editou um documento intitulado Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, que deu origem à Norma Operacional Básica do SUS², NOB 01/93. A descentralização, regulamentada pela NOB, tem o objetivo de promover a reordenação do modelo assistencial, transformando a histórica prática centrada no atendimento médico individual, fragmentado e sem qualidade, em busca de um modelo universal que privilegie os aspectos sanitários apontados no escopo do SUS. Entretanto, o esforço da NOB, em desenhar um processo viável de descentralização esbarra nas incompatibilidades entre os instrumentos legais de gestão da política de saúde e as práticas administrativas efetivamente adotadas, deixando margem para se questionar se a legislação do sistema é realmente adequada, em termos de modernidade, à nossa realidade sócio-econômica, política e institucional.

Instituindo três modalidades de gestão - incipiente, parcial e semi-plena, o Ministério da Saúde tenta contemplar os desequilíbrios de capacidade física, gerencial, política e financeira dominantes no setor saúde. Com a gestão diferenciada, estimulando a descentralização gradual, o Ministério da Saúde avança na busca de processos mais flexíveis, negociados e que não impliquem em rupturas bruscas com o modelo assistencial ainda vigente na maioria dos municípios brasileiros.

Ao estabelecer organismos colegiados³ para agilizar e controlar a descentralização, hierarquiza o processo decisório, formalizando procedimentos que, por mais flexíveis que sejam, não dão conta de atender às múltiplas realidades e desequilíbrios locais na medida em que os processos políticos nos estados e nos municípios avançam de forma desigual. O atendimento às normas, de certa forma, induz o alcance de resultados

² Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Portaria MS nº 545, de 20 de novembro de 1993.

³ I-Comissões Intergestores: Comissão Tripartite, no âmbito federal; Comissão Bipartite, no âmbito estadual. II-Instâncias de Participação Social: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselho Estadual de Saúde (CES); e Conselho Municipal de Saúde (CMS).

comuns no cadastro de descentralização, entretanto, não controla as práticas administrativas nem os impactos dessas ações na qualidade dos serviços prestados. Como observa Fleury Teixeira (1994: 47):

“A reforma sanitária, ao materializar um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, levou à sobrevalorização dos aspectos formais, que, ainda que imprescindíveis, não são suficientes para a garantia da concomitância dos processos reais, em uma cultura em que o mundo da norma legal e o mundo da vida nem sempre se correspondem”.

A descentralização comparece, então, como uma estratégia para maior racionalização do sistema de saúde e instituição do controle social. Em atendimento a esta diretriz, e por estar mais próximo do usuário do sistema, cabe ao nível municipal de Governo a maior responsabilidade pela prestação direta dos serviços à população, e, conseqüentemente, promover a transformação pretendida no modelo assistencial.

Isto implica, efetivamente, na reestruturação da gestão municipal para assumir o controle de toda a rede assistencial localizada em sua área geográfica, constituída da rede ambulatorial e hospitalar, pública e privada, à serviço do SUS. Tarefa árdua e complexa porque o município assume a responsabilidade de gerir o que havia de mais distorcido na política de saúde que é o controle da rede privada de prestadores de serviços, cuja modelação, apesar de construída com recursos governamentais, não permite que o setor público assuma total controle sobre ela.

Dessa forma, ainda com poucas habilidades gerenciais, o município herdou o controle de uma história nada singular, ficando sem alternativas concretas, no curto prazo, para solucionar contradições basilares do sistema de saúde, afetas à: dependência do setor público à infra-estrutura privada; compra de serviços aos prestadores privados, privatizando o atendimento; dificuldades para dimensionar os custos reais dos procedimentos médicos e das internações hospitalares realizadas; inadequação dos instrumentos gerenciais de controle contábil e financeiro do sistema.

As transferências de recursos financeiros, materiais e humanos regulamentados pela NOB-SUS 01/93 subordinam-se às definições legais dos convênios, acordos e ajustes e cessões específicos. Note-se que todo o esforço do Governo federal em normalizar a descentralização, formalizando instâncias decisórias e criando uma série de pré-requisitos para o encaminhamento dos processos, culminou com o estabelecimento de convênios e termos de compromissos que, em última análise, simplesmente regulam a utilização de bens patrimoniais da União, alimentando a relação de dependência dos entes federados ao Governo central. Esta situação se configura como um grande dilema na implantação do SUS, carregando de ambigüidades e frustrações as tentativas de efetivação de um comando único, com autonomia das esferas de Governo. Além disso, como salientam Vianna e Piola (apud IPEA, 1993: 16):

“(...) a necessidade de programação aprovada e da análise técnica de programas e projetos como pré-requisito para o repasse de recursos federais para estados e municípios demonstra a face francamente centralizadora da lei. É o Ministério da Saúde que audita centralmente a aplicação de recursos repassados (...) cabendo-lhe a decisão sobre a gratuidade das ações e serviços de saúde públicos e privados contratados, e também a fixação de tarifas padronizadas. (...) ao mesmo tempo em que elimina a possibilidade do automatismo das transferências financeiras e faz permanecer o convênio, como instrumento de repasses negociados para estados e municípios”.

Considerando que a descentralização é função da vontade política dos entes federados, e do aceite conveniado pelo Governo federal, sua intensidade dependerá da capacidade gerencial apresentada por essas unidades de Governo. Assegurando flexibilidade ao processo, o MS pretendia respeitar a realidade e condição individual de cada solicitante, instaurando um processo de descentralização negociado para garantir a operacionalização do sistema, sob a deliberação das comissões Tripartite e Bipartite.

Nessa lógica de implantação do SUS, as comissões Bipartite deveriam proceder a adaptação das normas e deliberações federais à cada realidade regional, estadual e local. No processo de transição para a descentralização, planejado com tantos detalhes pelo MS, cabe a possibilidade de convivência simultânea de três estágios de gestão, todas temporárias: transacional incipiente, transacional parcial e transacional semi-plena,

conforme aludido anteriormente. O fato de ser transacional, aparentemente favorece a consolidação de um processo infindável, permanente, de implantação do SUS.

No estágio transacional incipiente os municípios passam a se responsabilizar pelo credenciamento, controle e avaliação dos serviços de saúde contratados, além das atividades de programação, avaliação e controle de suas próprias ações. Assumem a gestão da rede ambulatorial e se comprometem a reformular os serviços assistenciais, mediante incorporação de ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Para que os municípios se enquadrem nessa modalidade de gestão, é imprescindível a implantação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde ou conta especial. Os estados, além do cumprimento destas exigências, deverão apresentar à comissão Tripartite relatório sobre a gestão dos serviços, acompanhado da programação de investimentos para o setor.

No transacional parcial, a diferença entre os recursos financeiros efetivamente empregados para o custeio da rede e os tetos estabelecidos para os gastos passam a integrar os orçamentos de estados e municípios, podendo ser empregados para reformulação do modelo assistencial, reforçando as ações de caráter coletivo com intensificação das atividades de vigilância sanitária e epidemiológica. Para assumir a gestão parcial, estados e municípios devem cumprir todas as exigências da lei nº 8.142/90, ou seja, dispor de Conselhos e Fundos de Saúde, participar das Conferências de Saúde, elaborar planos e relatórios de gestão, criar comissão para elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), além de alocar recursos próprios para a realização de ações de saúde.

Os municípios precisam encaminhar à comissão Bipartite relatório sobre a gestão realizada, com versão atualizada do Plano Municipal de Saúde. No caso dos estados, ainda devem apresentar à comissão Tripartite plano de compromisso com os resultados financeiros do Fundo Estadual, atas de reuniões do Conselho Estadual de Saúde além de sistemas de informações para controlar os serviços contratados.

Na gestão semi-plena os estados e municípios assumem total responsabilidade pelo gerenciamento do sistema, recebendo repasses financeiros de forma direta e sem

intermediação, de acordo com o teto estabelecido para o custeio da rede ambulatorial e hospitalar. Os municípios que se candidatarem a este estágio de gestão, devem apresentar à comissão Bipartite um plano de compromisso, com os balancetes financeiros do Fundo Municipal de Saúde, atas das reuniões do Conselho Municipal, percentual dos recursos do tesouro municipal alocados em saúde e, garantia da implantação do sistema de informações para o controle e avaliação dos serviços prestados. Da mesma forma, os estados interessados em se enquadrar na gestão semi-plena, devem apresentar à comissão Tripartite o seu plano de compromisso, além de garantir, juntamente com os municípios, o fluxo de informações para a manutenção e atualização dos bancos de dados nacionais. O quadro I, a seguir, exemplifica as principais exigências para que os municípios sejam aceitos nos modelos de gestão considerados pelo SUS.

Quadro I - Pré-Requisitos para o Enquadramento dos Municípios nos Modelos de Gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena

Pré - Requisito	Incipiente	Parcial	Semi- Plena	Características	Objetivos	Exigências
Conselho Municipal de Saúde				• Instância consultiva, deliberativa e fiscalizadora • Criado por Lei Municipal	• Formulação de Políticas de Saúde, definição de prioridades, acompanhamento e avaliação de serviços	• Apresentação de cópia da Lei ou Decreto de criação do Conselho à Comissão Bipartite
Fundo Municipal de Saúde				• Gestão de recursos financeiros • Não é órgão de administração financeira (é conta) • Fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde	• Dar flexibilidade e transparência à utilização dos recursos • Alocação da totalidade dos recursos de saúde (transferidos, próprios, taxas e multas aplicadas à vigilância sanitária)	• Apresentação de cópia do instrumento de criação, com encaminhamento de extrato bancário, semestralmente, à Comissão Bipartite
Médico autorizador de internações hospitalares				• Médico não credenciado pelo sistema, sem vínculo com prestador conveniado ou contratado	• Emitir autorização hospitalar e de procedimentos ambulatoriais de alto custo	• Portaria de nomeação do médico autorizador

Pré - Requisito	Incipiente	Parcial	Semi- Plena	Características	Objetivos	Exigências
Condições técnicas para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços				• Capacidade técnica da equipe na utilização de informações de saúde (SIA e SIH-SUS) • Capacidade instalada de recursos de informática • Capacidade técnica e organizacional para operar central de leitos • Capacidade técnica para o controle da produção de procedimentos ambulatoriais de alto custo	• Desenvolvimento de atividade de planejamento, controle e avaliação da prestação de serviços	• Apresentação de laudo descritivo atestando condições técnicas e materiais para o controle da prestação dos serviços
Manter registro e remessa de informações de interesse para a saúde				• Fornecimento de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos	• Organização de sistemas próprios de acordo com as características das ações e serviços desenvolvidos • Remeter dados para compatibilização de informações nos níveis estadual e federal	• Encaminhamento semestral à comissão Bipartite de relatórios de saídas de sistemas de informações em saúde
Incorporações das unidades ambulatoriais públicas				• Mediante assinatura de convênios os municípios assumem a totalidade os serviços públicos ambulatoriais	• Municipalizar as ações e serviços de saúde	• Identificação de unidades e recursos humanos a serem cedidos, com definição das fontes de recursos para custeio e investimentos

Pré - Requisito	Incipiente	Parcial	Semi- Plena	Características	Objetivos	Exigências
Plano Municipal de Saúde				Plano Plurianual, de duração equivalente ao mandato da administração municipal	Expressar a política municipal de saúde, elegendo ações com repercussão sobre a melhoria da saúde da população	Apresentação de Plano de Saúde atualizado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde
Relatório de Gestão				Para análise dos diferentes programas e projetos (articulado com o relatório financeiro)	Avaliar os resultados das ações desenvolvidas	Apresentação de relatório à comissão Bipartite para a manutenção da condição de gestão
Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)				Prever concurso público para o acesso à carreira, assegurar isonomia, prevendo avaliação de desempenho	Compatibilizar as diferentes áreas de trabalho no setor de saúde (assistencial, gerencial, pesquisa, etc.)	Encaminhamento de cópia do PCCS concluído, ou em fase de elaboração, ou da portaria de nomeação da comissão de elaboração do plano
Termo de Compromisso				A Comissão Bipartite tem autonomia para definir a forma e o conteúdo do termo de compromisso	Definição de metas a serem cumpridas no período de 1 (um) ano, acompanhado de indicadores de resultados	Aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde
Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Hospitalares (SIH/SUS)				Sistemas informatizados e padronizados nacionalmente	Geração de informações para o planejamento e gestão do SUS	

Fontes: NOB-SUS 01/93; Ministério da Saúde: 1993, 52 pp.

Como pode ser observado, a solicitação de enquadramento nos modelos de gestão oferecidos exige dos estados e, principalmente, dos municípios, o cumprimento gradual de obrigações, como uma incessante busca por “maioridade” na sua capacidade gerencial. O aceite na gestão semi-plena é de responsabilidade da Comissão Tripartite que deverá fazer a seleção final dos processos encaminhados considerando, acima de tudo, as restrições financeiras existentes no nível federal para o financiamento direto, fundo a fundo, das atividades.

Segundo dados do MS, ainda são poucos os municípios que aderiram, ou foram aceitos, na gestão semi-plena. Destes, rumores apontam uma infinidade de dificuldades operacionais para o cumprimento de todos os pré-requisitos estabelecidos, predominando, na maioria dos casos, uma certa condescendência do MS em relação aos solicitantes. Caso contrário, seria impossível o exercício dessa modalidade de gestão. O quadro II apresenta, quantitativamente, os resultados oficiais do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no país, até meados de 1994.

Quadro II - Enquadramento de Municípios: Gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena (1994)

REGIÃO	CENSO- IBGE (1991)		CONDIÇÃO DE GESTÃO							
			Incipiente		Parcial		Semi-Plena		Total	
	(abs.)	(%)	(abs.)	(%)	(abs.)	(%)	(abs.)	(%)	(abs.)	(%)
Brasil	4975	100	1060	21,3	339	6,8	15	0,3	1414	28,4
Norte	398	100	11	2,8	2	0,5	1	0,2	14	3,5
Nordeste	1559	100	373	23,9	17	1,1	3	0,2	393	25,1
Sudeste	1533	100	430	28,0	153	10,0	9	0,6	592	38,6
C. Oeste	427	100	67	15,7	33	7,7	0	0,0	100	23,4
Sul	1058	100	179	16,9	134	12,7	2	0,2	315	29,8

Fonte: Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde SAS/MS. Boletim SAS, 1(3), Jun./Jul.1994

No âmbito do Ministério, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) assumiu a competência de prestar assistência técnica e financeira para o desenvolvimento institucional de municípios interessados no processo de descentralização. Destarte todos os esforços empreendidos, até meados de 1994, apenas 28,4% do total de municípios brasileiros foram considerados descentralizados, predominando, entre eles, o modelo de gestão incipiente. Das regiões brasileiras, a Sudeste encontra-se em estágio mais avançado de descentralização, comparecendo com 38,6% de municípios enquadrados. As Regiões Sul (29,8%), Nordeste (25,1%) e Centro-Oeste (23,4%) se aproximam da média nacional, enquanto a Região Norte consagra-se como a mais atrasada no processo, com um percentual de 3,5% .

Os dados apresentados permitem assegurar que ainda são poucos os municípios que participam do processo de descentralização promovido pelo SUS, sobretudo os localizados nas regiões mais carentes do país. Esta realidade torna-se preocupante quando observada à luz do tempo transcorrido desde as tentativas de implantação das AIS, SUDS e da própria inserção do SUS na Constituição Federal. É importante frisar, ainda, que os entraves à efetivação da descentralização, apesar do instrumental jurídico-normativo, têm se apoiado na ausência de critérios técnicos para a operacionalização do sistema; na reduzida capacitação e assistência técnica de estados e município; e, na lentidão dos processos políticos.

1. COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GOVERNO

No tocante à gestão da política de saúde, a lei 8080/90, art. 8º e 9º, preconiza que as ações e serviços devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente. Com direção única por esfera de Governo, as ações devem ser desenvolvidas 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;

A efetiva implantação do SUS requer que as três esferas de Governo atuem de forma articulada e integrada. Para tal, deveriam redefinir papéis e responsabilidades, promovendo a transferência de equipamentos e recursos, sobretudo dos níveis federal e estadual para o municipal. Entretanto, o controle de equipamentos e recursos está diretamente associado ao exercício de poder político e sua perda tem enfraquecido o espaço de atuação das esferas de Governo, fomentado o surgimento de diversos grupos de interesse e pressão que interferem negativamente nos processos de descentralização.

Alguns dos obstáculos para a implantação do SUS foram traduzidos no relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde, cujas causas foram imputadas, principalmente, ao grande desnível existente entre os princípios normativos da política e as formas pelas quais têm sido aplicados, questão esta temperada, ainda, pela ausência de vontade política dos governantes. Para superar as dificuldades encontradas, a proposta final da IX CNS foi tentar conscientizar prestadores e usuários do sistema para as implicações de caráter político-ideológico representadas pelo movimento neoliberal, em expansão, que preconiza a redução das atividades estatais na área de saúde, deixando seu desenvolvimento prioritariamente sob a responsabilidade do setor privado.

Em resistência ao neoliberalismo na saúde, a IX Conferência se posicionou à favor da expansão do setor público e aceleração das transferências de responsabilidades e recursos às esferas descentralizadas. Foi enfatizada, também, a necessidade de respeitar o papel do Estado enquanto coordenador de políticas, evitando-se a duplicidade de ações. Entre outras medidas, a IX CNS sugeriu a normalização das relações público-privado através de nova regulação dos contratos e convênios com hospitais privados e filantrópicos. Nesta conferência, medidas como extinção do INAMPS e da FNS foram apontadas como indispensáveis à

implantação do SUS, garantindo o repasse dos seus recursos para a esfera municipal. Outras propostas sugeriram no sentido de articular os Ministérios de Educação, Saúde, Previdência e Trabalho de modo a integrar políticas setoriais.

Quanto à municipalização, o destaque ficou na consideração de que esta decisão representa um caminho sem volta e pressupõe uma série de atitudes e responsabilidades compartilhadas. Esta certeza foi expressa na IX CNS (Relatório Final, 1992:26) ao apontar que:

“ A municipalização não pode significar apenas a transferência de unidades e serviços de saúde para os municípios. Essa transferência deve ser acompanhada dos recursos correspondentes que permitam seu pleno e adequado funcionamento. A municipalização ultrapassa, no entanto, o simples repasse direto de recursos, implicando na gestão efetiva e no controle social, devendo ser um instrumento de democratização (...)”.

No Sistema Único, compete aos municípios a prestação de serviços básicos de saúde e a execução de ações de vigilância epidemiológica e fiscalização sanitária. O gerenciamento dos serviços mais especializados, assim como o controle de insumos, deve ser de competência dos Governos estaduais, além da definição de estratégias gerais de ação epidemiológica, a serem assumidas e executadas pelos municípios em caso de ameaça de surtos. Ao Governo federal foi destinado, formalmente, o papel de coordenador e normatizador de todo o SUS.

Como atribuições comuns, destacam-se a definição de mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços; a administração de recursos financeiros e orçamentários; a divulgação de informações do nível de saúde da população; a elaboração de normas técnicas; a elaboração, atualização e articulação de planos de saúde; e, a execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. O quadro III, apresentado a seguir, resume as competências legais e formais definidas na Lei Orgânica de Saúde, para a atuação particular de cada esfera governamental.

Quadro III: Competências das Esferas de Governo

Governo Federal
- direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS; - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; - participar da formulação e da implementação de políticas de meio ambiente; saneamento básico e definir e coordenar os sistemas de rede integrada de assistência de alta complexidade; de laboratórios de saúde pública; de vigilância epidemiológica e sanitária; - estabelecer padrões técnicos de assistência à saúde; normalizar as relações SUS/ iniciativa privada; - coordenar e participar da execução da vigilância epidemiológica (em circunstâncias especiais); - executar e normalizar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (a execução pode ser complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios) - promover a descentralização dos serviços e ações de saúde; - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à Saúde; - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; - prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; - normalizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal; - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal;
Governo Estadual
- direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS; - promover a descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde; - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; - prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação, nutrição e saúde do trabalhador; - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; - colaborar com a união na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.
Governo Municipal
- direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS; - planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar os serviços públicos de saúde; - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS; - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes as condições e aos ambientes de trabalho - executar serviços de: vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição e saneamento; - celebrar contratos, convênios, e fiscalizar os serviços privados de saúde; - formar consórcios administrativos intermunicipais; - colaborar com a união e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos e aeroportos.

Fonte: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASEMS. Publicações Técnicas, nº 2, dez/90 (lei 8080/90)

A tentativa de disciplinar as ações governamentais, estabelecendo-se atribuições formais, não foi suficiente para que as esferas de Governo conseguissem desempenhar seus papéis com facilidade. Neste caso, atendendo às suas necessidades de sobrevivência, as organizações de saúde tendem a dimensionar funções e atividades, ajustando suas competências, e os recursos disponíveis, à sua capacidade operacional e à cultura interna, satisfazendo, em primeiro lugar aos diferentes grupos de interesse que se articulam no seu interior. Com a tentativa de equilibrar as atribuições definidas na Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8080/90, cada integrante do SUS passou a ter suas responsabilidades vinculadas à modalidade de gestão assumida (incipiente, parcial e semi-plena). O quadro IV apresenta as possibilidades de atuação dos municípios, de acordo com estes preceitos.

Quadro IV - Responsabilidades dos Municípios Segundo a Condição de Gestão

RESPONSABILIDADES/ PRERROGATIVAS	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI-PLENA
Autoriza, cadastra e contrata prestador	Sim*	Sim	Sim
Programa e autoriza AII e procedimentos ambulatoriais	Sim*	Sim	Sim
Controla e avalia serviços ambulatoriais e hospitalares	Sim*	Sim	Sim
Gerencia rede ambulatorial pública	demonstra disposição	Sim	Sim
Desenvolve ações de vigilância e saúde do trabalhador	Sim	Sim	Sim
Recebe a diferença entre teto de financiamento e os serviços prestados	Não	Sim	Não
Recebe total de recursos de custeio ambulatorial e hospitalar	Não	Não	Sim

Fonte: Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município (MS, 1994:15).

(*) Assumem imediata ou progressivamente, de acordo com condições técnico-operacionais, em cronograma discutido com a Comissão Bipartite.

A organização das ações e serviços também devem assumir características distintas por esfera de Governo. No nível estadual, deverão ser regionalizados, com estrutura administrativa descentralizada, permitindo que o processo decisório da política se aproxime da execução dos serviços. Nos municípios, o atendimento deverá ser organizado em Distritos Sanitários "de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde" (Lei nº 8080/90, art. 10).

Os Distritos Sanitários deverão corresponder a unidades espaciais equipadas para a promoção do atendimento integral, constituídos, pelo menos, de centros de saúde, ambulatórios de especialidades, hospital geral, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Segundo estudos da FUNDAP (Junqueira, 1991:82), a tipologia desses equipamentos é suficiente para o atendimento da maioria da população, pois, "historicamente se verifica que 80% dos problemas de saúde são resolvidos em nível ambulatorial (...)". Além dessa infra-estrutura, o Distrito Sanitário deverá oferecer atendimento de nível hospitalar terciário, necessitando, neste caso, comprar serviços do setor privado que exerce sua hegemonia neste segmento.

O arranjo pensado para o funcionamento dos distritos representa uma nova forma de organizar os equipamentos de saúde já instalados no município e planejar sua expansão. São relevantes os obstáculos à sua consolidação, pois, não é muito simples dar nova forma organizacional a uma rede de serviços tradicionalmente implantada sem planejamento. A instalação dos equipamentos, tanto públicos quanto privados, atendeu a critérios políticos e de oportunidade de financiamento, localizando-se, via de regra, sem considerar os aspectos epidemiológicos, as demandas por serviços existentes e as características sócio-econômicas da população.

Muito mais que uma reorganização do espaço físico para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, o Distrito Sanitário é tido como uma alternativa para a operacionalização das ações dentro de um enfoque que ultrapassa a eficiência do atendimento. Sinaliza, antes de tudo, para a possibilidade de introduzir em uma área geográfica, e mediante a existência

de equipamentos de saúde que satisfaçam todos os níveis de complexidade do atendimento, mudanças substanciais na concepção da relação saúde-doença, bem como da geração de suas demandas.

Como observa Mendes (1992), o Distrito Sanitário, sendo mais que um arranjo espacial para suportar o novo modelo assistencial, representa a instalação de um processo social que tem reflexos em três campos distintos: o político, o ideológico e o tecnológico. O político, abriga os interesses dos diversos atores sociais que disputam, na arena do Distrito Sanitário, acirrado jogo de poder para induzir ou conter as transformações do sistema de saúde. A dimensão ideológica, é palco para a estruturação do novo paradigma de promoção à saúde. A dimensão tecnológica exige transformações na estrutura do conhecimento, com novos referenciais para o estabelecimento de práticas e rotinas de trabalho, mais adequadas aos princípios do SUS.

Com tantas implicações, é conveniente ressaltar que a materialização desses princípios precisa ser traduzida nos campos prático e operacional, através de respostas satisfatórias às necessidades assistenciais da população, quer preventivas, quer curativas. Neste particular, entretanto, reside um dos grandes dilemas do Sistema Único que, sem estrutura para manejar em todas as frentes, deve fazer a “escolha trágica” nos rumos predominantes de sua atuação. Evidentemente que as atuais condições de vida da população são um grande apelo para uma atuação mais tradicional calcada no atendimento curativo.

Some-se a essa questão as possibilidades de atuação dos municípios de acordo com o atual estágio de descentralização da rede de serviços, onde o predomínio do modelo incipiente de gestão não permite que o poder local tenha total autonomia para reconceituar e reordenar fisicamente o sistema. Dessa forma, contando com resistências de diversas naturezas - Governos e prestadores privados- pelo menos por enquanto, tem sido pouco viável a criação dos Distritos Sanitários, além de que não é fácil alterar os padrões de funcionamento das instituições de saúde no Brasil, construídos inversamente aos

pressupostos do SUS. Sua efetiva implantação requer mudanças históricas no campo institucional, político e administrativo.

Complementando os dispositivos legais institucionalizados para a implantação do SUS, a lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da sociedade no processo de gestão do sistema, bem como sobre as transferências intergovernamentais de recursos orçamentários para o financiamento da saúde.

2. PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO: O CONTROLE SOCIAL

Uma das formas previstas no SUS para a democratização do Sistema de Saúde é a criação de mecanismos de controle social, através da participação direta da população na formulação, gestão e acompanhamento da política. A participação da comunidade deverá se dar, em cada esfera de Governo, em duas instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde⁴.

A Conferência de Saúde deverá ser convocada pelo Poder Executivo a cada 4 (quatro) anos ou a qualquer momento, caso haja necessidade, pelo Executivo ou pelo Conselho de Saúde. Tem por finalidade a avaliação da situação de saúde da população e a definição de diretrizes para a política de saúde em seu nível de Governo.

Tanto a União quanto os estados e municípios deverão instituir, em suas estruturas organizacionais, canais de participação da sociedade civil, via Conselho de Saúde. A participação popular, paritária em relação aos demais componentes do conselho, é fundamental para o controle e fiscalização das ações do SUS. Como órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, o Conselho de Saúde deverá ser formado por

⁴ " 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" (lei nº 8.142, art. 1º)

representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários⁵. Tem como principal atribuição atuar na formulação de estratégias e no controle da política nacional de saúde, notadamente nas questões econômicas, técnico-administrativas e financeiras. Segundo publicação do MS (1994:12):

“A Lei Orgânica da Saúde prevê que o Conselho deve funcionar em caráter permanente e deliberativo. Assim, é um órgão colegiado que atua permanentemente, regularmente, e toma decisões. Por isso, não pode ser transitório, funcionar somente quando convocado e nem deixar de discutir e examinar as questões em pauta”.

As atribuições do Conselho de Saúde são amplas, tendo entre seus objetivos propor alternativas para a melhoria da organização e aperfeiçoamento do SUS. As deliberações do Conselho devem ser homologadas pelo dirigente local do sistema, notadamente as de caráter normativo, que interferem na gestão dos serviços, como “reorganização administrativa, aprovação do plano de saúde, política de saúde, alterações em programas, prestações de contas, etc” (MS, 1994: 31).

Em cada esfera de Governo serão definidas a organização e as normas de funcionamento dos respectivos conselhos, cuja composição deverá, contudo, atender às prescrições emanadas da União. A legislação federal que dispõe sobre a criação dos Conselhos de Saúde (Leis nº 8142/90 e nº 8080/90) se coloca como soberana na questão, recomendando, inclusive, que estados e municípios alterem suas Constituições e Leis Orgânicas, caso não se ajustem às determinações daquelas leis, principalmente, no que se refere à manutenção da participação paritária.

A possibilidade de não observância às determinações legais do SUS é repelida com ameaças do poder central sobre os outros níveis de Governo, desobediência que “levará, por força da lei, a administração temporária dos recursos do estado faltoso pela união e dos recursos do município faltoso pelo estado” (MS, op.cit.:12). Além disso, para superar a possível demora na criação dos Conselhos, o MS sugere aos municípios a criação

⁵ A composição paritária assegura que 50% dos representantes seja de usuários e 50% de representantes de outros segmentos, notadamente Governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

do mesmo por decreto, abreviando um processo que poderia ser mais participativo e democrático, permitindo maior responsabilização da sociedade e do legislativo municipal na questão.

“A demora na elaboração e aprovação da lei não pode, contudo, prejudicar o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Para evitar prejuízos ao Sistema, os governadores ou prefeitos poderão criar o Conselho por decreto, de caráter transitório, até que haja deliberação das Assembleias Legislativas ou Câmaras Municipais” (MS, op. cit: 15).

A imposição da criação do Conselho, por decreto, é medida inibidora e, certamente, não é aconselhável para detonar um processo de participação e de efetivação do controle social do SUS. Cumpre uma formalidade legal, incentivando o poder Executivo a exercer poderes utilizando-se de iniciativa concorrente com o Legislativo no encaminhamento de projetos de lei

A prática tem demonstrado que a simples criação dos Conselhos não é suficiente para garantir a participação da população. De acordo com pesquisa realizada pelo IBAM, em 1991, ficou constatado que na maioria dos 481 (quatrocentos e oitenta e um) municípios pesquisados, cerca de 10,8% do universo nacional, os Conselhos Municipais instalados correspondiam, apenas, “a forma embrionária de participação popular e controle social. Embora tenham caráter deliberativo, na maioria dos casos vêm funcionando como instâncias de denúncias e circulação de informações sobre o sistema”. A existência de Conselhos, no ano pesquisado, pode ser observada na Tabela I, a seguir:

Tabela I - Distribuição de Municípios Segundo a Existência de Conselhos de Saúde

REGIÕES	Total de municípios pesquisados	Conselho Municipal de Saúde	
		(abs.)	(%)
Brasil	481	250	52.0
Norte	11	3	27.3
Nordeste	50	29	58.0
Sudeste	226	98	43.4
Sul	168	101	60.1
Centro-Oeste	26	19	73.1

Fonte: IBAM - Centro de Pesquisas Urbanas - CPU/IBANCO, 1991

Talvez por representar uma exigência legal para a implantação do SUS, a participação popular, via Conselhos de Saúde, tem sido pouco eficaz no comprometimento dos cidadãos, sendo, ainda, limitadas suas possibilidades de interferir realmente no processo decisório do Sistema de Saúde. Nesse contexto, segundo Jacobi (1992) o resultado tem sido uma pseudo participação, não ocorrendo efetivamente a descentralização do processo decisório. Ocorre, todavia, a sedimentação de uma lógica verticalizada de participação, patrocinada pelas esferas governamentais, favorecendo, dessa forma, uma participação restrita e limitada.

Mesmo quando vencidas as dificuldades operacionais para a criação dos Conselhos e sua regulamentação, considera-se que a participação consistente deveria estar vinculada ao acesso direto dos conselheiros às informações de saúde, que devem ser transparentes ao ponto de permitir aos cidadãos participantes, e demais representantes, entender a complexidade do setor e de sua gestão.

Esse item resume uma das grandes dificuldades para a efetivação da participação, na medida em que as informações, via de regra, não estão disponíveis ou não existem. Sem informações para atuar concretamente, a participação passa a assumir um papel meramente formal na tentativa de definição das políticas de saúde e no exercício do controle social, sem contribuir, na amplitude desejada, para a democratização e descentralização político-administrativa pretendida pelo Sistema Único.

A preocupação com os aspectos burocráticos e formais do funcionamento dos Conselhos de Saúde de certa forma joga uma cortina de fumaça sobre as questões essenciais que impedem seu efetivo funcionamento. Entre estas, comparece com intensidade a ausência de comprometimento dos agentes envolvidos no processo, Governo ou sociedade, incidindo, ainda, dificuldades operacionais para colocar em prática as genéricas e abrangentes atribuições legais que são conferidas aos Conselhos e conselheiros, como salienta Carvalho (1994). Esses obstáculos, evidentemente, promovem descontinuidades,

anulam articulações e desmobilizam os participantes envolvidos no processo, interferindo negativamente na implantação do SUS.

Pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde (MS,1995) revela que a efetividade dos Conselhos, principalmente Estaduais, é muito baixa em decorrência de seu pouco tempo de existência e precariedade de funcionamento. O impacto de sua atuação, segundo a pesquisa, é mais relevante no campo político que no sanitário, pouco contribuindo para a definição de prioridades em saúde. Limita-se, ainda, a colher sugestões e reclamações de usuários, sendo os conselheiros, em grande parte, os próprios reclamantes.

A conclusão do estudo é que os conselhos ainda estão em processo de consolidação, não tendo suas decisões acatadas pelos governantes, exercendo pouca influência sobre as demais instâncias de participação na Política. “Tal fato possivelmente se deve ao conhecimento insuficiente da legislação, da situação sanitária e de outros aspectos necessários ao exercício do controle social em saúde, prática recentemente colocada no contexto social” (MS, op. cit.:24).

Por justificativas como a exposta acima, é importante considerar o fato de os Conselhos de Saúde representam uma interessante perspectiva nas possibilidades do exercício da cidadania, sendo a arena estratégica para a interferência da sociedade, através da formulação, fiscalização e controle, nas políticas públicas que lhe dizem respeito.

3 . FINANCIAMENTO DO SISTEMA

O financiamento do SUS tem sido um dos grandes desafios à implantação do Sistema Único de Saúde. Como integrante da seguridade social, juntamente com as políticas de previdência e assistência, a política de saúde deverá ser financiada com recursos provenientes do orçamento da Seguridade Social, além dos orçamentos fiscais da União,

Estados, Distrito Federal e Municípios. Sem especificar claramente o valor a ser distribuído entre essas áreas, os repasses para a saúde têm sido bastante irregulares, se aproveitando, durante muito tempo, de parte das reservas "que sobram das despesas com benefícios previdenciários e prestações financeiras da assistência social" (IPEA, 1991:5).

A Constituição Federal de 1988 não estabeleceu o percentual de recursos que devem ser alocados pelas esferas de Governo na área de saúde. A referência a esses valores pode ser encontrada apenas no art. nº 55, do Ato das Disposições Constitucionais e Transitórias, com indicação para que sejam destinados cerca de 30 % do orçamento da seguridade social, excluindo-se o salário desemprego, ao setor. Talvez este seja o motivo pelo qual os municípios e estados não estabeleçam, com frequência, tetos mínimos para o custeio e investimento na área. Em alguns casos, inclusive, tem havido redução orçamentária significativa, como apontam Tobar e Reis (1993:11), onde estados acabam "se aproveitando da descentralização dos recursos para a saúde para retrain o gasto próprio naquela função". O mesmo não se pode dizer dos municípios que, a despeito de suas dificuldades orçamentárias, vêm progressivamente ampliando o percentual de recursos próprios alocados no setor.

Tobar (1995:165) considera que a retração do gasto público em saúde não é um fenômeno recente, tendo acompanhado as diversas iniciativas de descentralização da política de saúde no país, ressaltando que:

"A descentralização formulada desde o Plano CONASP e veiculada pelas AIS funciona claramente como uma estratégia de contenção do gasto público em saúde. (...) Mas enquanto a União aumentava o seu gasto em quase 54% (entre 1986 e 1989) (...) no mesmo período os estados retiravam seu compromisso com o custeio das ações de saúde. Pode concluir-se que a estratégia racionalizadora que se apoiou na desconcentração implica evasão de responsabilidades por parte da esfera central e, especialmente, da estadual. Só as esferas municipais mantiveram um crescente compromisso"

No período de vigência das AIS, por exemplo, a União apresentou retração de gastos de aproximadamente 20% em relação à participação de estados e municípios. No SUDS, todavia, com ampliação de cerca de 54% no volume de gastos, a União realizou

uma quantidade de transferências de recursos para as contas estaduais que, segundo Tobar (op.cit.:166-167), pode ter induzido à diminuição da participação do tesouro estadual no financiamento e custeio do setor saúde.

O autor observa, ainda, que a alocação de recursos no setor saúde não é homogênea. Mesmo no nível local de governo, é possível identificar disparidades no volume de recursos alocados regionalmente que, via de regra, guardam uma estreita relação com as necessidades de custeio da rede instalada.

Os recursos obtidos com a arrecadação previdenciária sempre foram a maior fonte de financiamento dos serviços de saúde no país, apesar dos percentuais destinados a este setor serem declinantes ao longo do tempo. Com a institucionalização do SUS, e conseqüente transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, e sua posterior extinção, o setor previdenciário sentiu-se desobrigado de custear a saúde estabelecendo-se, no fluxo de recursos, uma descontinuidade difícil de superar. De acordo com o Ministério da Saúde (1994: 20)

“Os recursos para a saúde têm se mostrado insuficientes. Ao longo dos últimos anos assistimos a uma diminuição do montante, e, ao mesmo tempo, a um aumento das responsabilidades do poder público, especialmente após a criação do SUS, com a obrigação de prestar atendimento de maneira universalizada, integral e equânime”.

Ainda segundo o MS (op.cit.:20), comparativamente a outros países da América do Sul, o Brasil gasta menos em saúde que a Argentina e o Uruguai, representando menos que 4% do Produto Interno Bruto brasileiro. Enquanto o financiamento nacional no setor dispensa cerca de US\$ 80 **per capita**/ano, países como Estados Unidos e Suíça empregam cerca de 15% dos seus PIBs, correspondendo a 3.000 US\$ **per capita**/ ano. Considere-se, ainda, que o gasto público federal no setor, em 1992, despencou para cerca de US\$ 44 por habitante.

Pela legislação do SUS, o financiamento do sistema deve ser diferenciado por estados e municípios que, em tese, receberiam recursos em função das suas necessidades de

gastos em saúde. A totalidade dos recursos devem constituir um Fundo de Saúde, criado por esfera de Governo. Para disciplinar as transferências a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90, art. 35), estabelece que, nas transferências, 50% dos recursos deveriam atender a critérios populacionais e 50% a critérios diversos, como perfil epidemiológico; características da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro na gestão; participação do setor saúde nos orçamentos locais; e contrapartida de estados e municípios. Critérios complexos e de difícil regulamentação, gerando, entre outras atitudes, imobilismo e descrença no sistema.

As dificuldades para implantação dos critérios postulados pela Lei Orgânica da Saúde, dependentes de regulamentação posterior, contribuíram para distanciar os aspectos conceituais, ditados pela Constituição Federal, da operacionalização do financiamento do Sistema. Para superar os impasses surgidos com esta situação, a Lei 8.142/90 definiu que a totalidade das transferências deveria atender apenas ao critério demográfico, prestigiando, dessa forma, as áreas mais densas do país, cuja demanda por ações e serviços de saúde se concentra nos grandes centros urbanos.

Essa medida, concebida para vigorar apenas até a regulamentação de todos os outros critérios, fere o princípio basilar de equidade, tratando, de maneira diferenciada, as áreas do território nacional sem conhecimento de suas demandas e complexidades. Esta ambivalência, na opinião de Tobar (op.cit.) alterou o destino do Sistema Único de Saúde que, na essência, deixou de ser comandado por sua Lei Orgânica e pela Constituição de 1988. O quadro V, a seguir, resume as fontes de financiamento originalmente previstas para a sustentação do SUS.

Quadro V - Previsão de Fontes de Financiamento para o SUS

Governo	Origem dos Recursos	Gestor	Distribuição
Federal	Orçamento da seguridade social e outros recursos da União.	Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde.	Parte retida para investimento e custeio das ações federais e parte repassada às Secretarias Estaduais e Municipais.
Estadual	Recursos repassados pelo Ministério da Saúde e outros alocados pelo Governo estadual.	Secretaria de Saúde através do Fundo Estadual de Saúde.	Parte retida para as ações e serviços de saúde de âmbito estadual e parte repassada aos municípios.
Municipal	Recursos do Governo federal; repasses do Governo estadual e recursos próprios.	Secretaria de Saúde através do Fundo Municipal de Saúde.	Manutenção das ações de assistência e serviços de saúde.

A transferência dos recursos é condicionada pelos modelos de gestão adotados por estados e municípios. Os repasses são efetuados mediante contraprestação de serviços, de acordo com a quantidade de UCAs (Unidade de Cobertura Ambulatorial) e AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) apresentadas. Essas “moedas”, contraditoriamente, ao viabilizarem o pagamento de serviços realizados, acabam estimulando o desenvolvimento de ações de natureza mais curativa, e de recuperação da saúde, que de ações preventivas, perpetuando, na forma de remuneração, o histórico modelo assistencial que o SUS tenta suplantar.

Na modalidade ambulatorial, a União transfere para os estados Recursos de Cobertura Ambulatorial (RCA), calculado através de um valor fixado pelo MS e aprovado pela Comissão Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. Este valor, denominado Unidade de Cobertura Ambulatorial, é diferenciado por estados e regiões do país, variando de acordo com as características da população, a capacidade instalada e nível de complexidade da rede, e o desempenho financeiro apresentado pela gestão do sistema.

Esses critérios têm privilegiado as regiões mais populosas e que geralmente apresentam superioridade tecnológica nos serviços oferecidos, favorecendo a utilização de procedimentos mais caros e sofisticados.

O limite de transferência de recursos para estados e municípios é diferenciado, dependendo do tamanho da população e do valor fixado para a UCA, em cada estado. Dessa forma, o teto estadual resulta da multiplicação da população total pelo valor da UCA; o municipal é orientado pelos valores históricos de gastos efetuados. Em ambos os casos, evidentemente, existe uma desconexão entre as necessidades e os procedimentos cobertos. A UCA destina-se ao pagamento de serviços ambulatoriais públicos e privados, atendendo a uma tabela de procedimentos definida pelo MS.

O financiamento dos serviços hospitalares decorre do pagamento das AIHs, cuja distribuição está limitada por um teto quantitativo de autorizações de internação que corresponde, em cada estado, a 10% de sua população. Deste percentual, 8% deve ser rateado entre os seus municípios ficando os 2% restantes à disposição da Secretaria Estadual de Saúde. Qualquer alteração nesses percentuais deve ser submetido à aprovação da Comissão Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde.

Os valores dos procedimentos hospitalares pagos com as AIHs são definidos nacionalmente pelo Governo federal, cujo montante independe da quantidade de atos médicos realizados. Inicialmente, no período de 1982 a 1991, a utilização desta “moeda” era privilégio dos hospitais privados. Sua extensão ao setor público foi limitada ao custeio dos serviços, servindo apenas para cobrir despesas com materiais de consumo e pagamento de serviços de terceiros, excluindo-se o pessoal próprio. Ao normalizar e pagar procedimentos, as AIHs não remuneram diagnósticos feitos.

De acordo com dados do MS (Boletim SAS, op.cit.:2) a comparação entre os valores globais faturados de UCA e AIH nos anos de 1991 a 1993, mostra relativo incremento no pagamento das ações ambulatoriais em relação aos serviços hospitalares, com crescimento de 32% e 20%, respectivamente. Nesse período, ainda segundo o MS:

“o índice do orçamento **per capita** para os procedimentos ambulatoriais passaram de US\$ 14,36 para US\$ 30,36 (...); para as atividades de internação este incremento foi de US\$ 23,87, em 1991, para US\$ 28,30 em 1993”.

A prática tem demonstrado, entretanto, que tanto os critérios de distribuição das cotas estaduais quanto os valores efetivamente pagos, não tem entrado em harmonia com as necessidades do Sistema nem com as expectativas dos prestadores de serviços. Os repasses privilegiam o faturamento, desprezando as bases populacionais.

A imprensa falada e escrita tem denunciado um número crescente de fraudes nos pagamentos das AIHs, quer pela cobrança numérica excessiva, quer pela manipulação dos prestadores de serviços no preenchimento das autorizações, justificadas pela diferença entre os valores tabelados para o pagamento das ações e serviços e os custos reais dos procedimentos realizados. Neste particular, cidades que dispõem de hospitais com capacidade e especialidades médicas para atendimento regional alegam internar pacientes residentes além das fronteiras do município, ultrapassando, por este motivo, o percentual de 10% da população estimado pelo SUS (Folha de São Paulo, 3-6, de 21/01/95). Nestas alegações residem verdades e mentiras cuja apuração, na ausência de informações e critérios técnicos eficientes, tem desafiado o bom-senso dos gestores do SUS.

O Governo federal se diz assustado com o montante de US\$ 780 milhões mensais de recursos transferidos para o Sistema Único de Saúde (Folha de São Paulo, 1-4, 05/11/94). Entretanto, a avaliação do que efetivamente este valor pode representar em termos do financiamento de um sistema de saúde universalizado carece, antes de tudo, da verificação dos recursos disponíveis frente a exigência de gastos, caindo, portanto, nas dificuldades apontadas acima, sintetizadas pela dependência de um eficiente sistema de informações gerenciais e processamento de dados, cuja tecnologia é inexistente na maioria dos municípios brasileiros.

A transferência desses recursos aos estados e municípios depende do estágio de gestão em que se encontram - incipiente, parcial ou semi-plena - buscando-se um gradualismo racional para a implantação do SUS. Na gestão incipiente, essas esferas

governamentais são tratadas como meros prestadores de serviços, recebendo, portanto, de acordo com sua produção. Na gestão parcial e semi-plena, a vantagem financeira é que recebem mensalmente a diferença entre os valores correspondentes aos tetos de UCAs e AIHs, estipulados pelas normas operacionais do Sistema, e os gastos reais ocorridos.

Além desse diferencial, os estados e municípios recebem outros percentuais, baseados em “fatores de apoio”- FAE (Fator de Apoio ao Estado) e FAM (Fator de Apoio aos Municípios), criados pela NOB-SUS 01/93. A FAE corresponde à aproximadamente 5% dos recursos da UCA estadual e se destina a custear tratamentos médicos especiais, órteses e próteses ambulatoriais, além de aquisição de medicamentos especiais. A FAM resulta da multiplicação da população do município por 5% do valor da UCA do Estado, destina-se ao custeio da rede e pode ser solicitada pelos municípios enquadrados em qualquer dos modelos de gestão.

Desde que atendidos os critérios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, os recursos, em princípio, deveriam ser repassados de forma regular e automática para estados, municípios e Distrito Federal, coisa que não ocorre. Confundem-se os “mecanismos de repasses com os meios de pagamento” (Tobar, op.cit.:120). No caso dos municípios, a falta de Plano de Saúde e de relatório, com avaliação da gestão anterior, elimina suas possibilidades de acesso direto aos recursos, que passaram a ser administrados pelo estado, comprometendo o princípio da descentralização, deixando espaço para a existência de transferências negociadas, sujeitas a acertos de naturezas diversas.

Quanto aos outros pré-requisitos selecionados para orientar a distribuição das receitas, é notável a ausência de critérios que considerem a renda **per capita** da população, expressando sua condição sócio-econômica. A falta deste indicador compromete o princípio da equidade, na medida em que a ausência de informações atualizadas, por parte do Governo federal, dificulta a avaliação real do nível de necessidades dos municípios e das regiões mais pobres, não identificadas diretamente pelo sistema. A distribuição de recursos

pode se verificada no quadro VI que apresenta, por região do país, a quantidade de AIHs pagas aos estabelecimentos hospitalares no período de 1988 a 1991.

Os percentuais revelam que a Região Sudeste tem sido mais favorecida neste tipo de financiamento, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste, reconhecidas pela sua carência em desenvolvimento econômico e social, são desprestigiadas no que se refere a recursos para ações de natureza hospitalar. Surpreendentemente, as Regiões Nordeste e Sul apresentam patamares aproximados, exceto em 1991, quando verifica-se um incremento na quantidade de AIHs dispensada à primeira, que passa a dispor de 27% do total, contra 17% da Região Sul.

Quadro VI- Quantidade de AIHs Pagas por Região (1000)

REGIÃO	1988		1989		1990		1991	
	abs.	(%)	abs.	(%)	abs.	(%)	abs.	(%)
Brasil	11.927	100	12.194	100	12.563	100	14.412	100
Norte	193	2	247	2	356	3	568	4
Nordeste	2.390	20	2.647	22	2.931	23	3.913	27
Sudeste	6.028	51	5.944	49	5.837	46	6.413	44
Sul	2.472	21	2.443	20	2.470	20	2.477	17
C. Oeste	845	7	912	7	968	8	1.042	7

Fonte: SINTESE-Sistema Integrado de Séries Históricas.
MPS/DATAPREV-MS/FNS/DATASUS, 1995

A preponderância da Região Sudeste que, sozinha, gasta quase metade das AIHs, pode estar satisfazendo critérios populacionais e de capacidade instalada, desequilibrando o sistema e ferindo o princípio da equidade. Esta situação não seria tão preocupante caso as outras regiões estivessem investindo prioritariamente em ações preventivas, o que não ocorre.

A distribuição de recursos para o pagamento dos leitos próprios, contratados e conveniados, também é baseada no tamanho da rede, induzindo maior fatia de receita para

as unidades federadas que possuem maior capacidade instalada, como as Regiões Nordeste e Sudeste, sem que esta distribuição esteja associada à qualquer verificação da qualidade do atendimento nos leitos hospitalares. Do total de leitos oferecidos pela rede contratada e conveniada, o Norte comparece com apenas 3,01%, seguido pela Região Centro-Oeste, com 7,25%. A maior quantidade de leitos esta localizada na Região Sudeste, apresentando 49,50%. As demais, Nordeste e Sul, dispõem de cerca de 22 % e 18,28%, respectivamente. O quadro X apresenta dados que permitem verificar a relação entre a população e a rede hospitalar de saúde nas regiões brasileiras.

A Região Norte, com o baixo índice de 1,37 leitos por 1000 habitantes, apresenta grande disparidade em relação à média nacional que é de 3,15 leitos por 1000 habitantes, recebendo, por isso, menor volume de recursos para o financiamento dos serviços de saúde. Chama atenção o fato da Região Nordeste, que também está distante da média nacional, apresentando apenas 2,39 leitos por 1000 habitantes, concentrar 27% dos recursos do Sistema, enquanto o Centro-Oeste, com 3,55 leitos por 1000 habitantes, portanto, acima da média do país, capitalize apenas 7% dos valores pagos às AIHs, conforme demonstram os quadros a seguir.

Quadro VII -Distribuição da População e Equipamentos
Hospitales por Região - IBGE, 1991

REGIÕES	População	n ^o de hospitais	n ^o total de leitos	n ^o de Leitos/ 1000 hab.
Brasil	146.154.502	5.205	460.597	3,15
Norte	10.146.218	241	13.862	1,37
Nordeste	42.387.328	1.421	101.160	2,39
Sudeste	62.121.357	1.859	227.987	3,67
Sul	22.0797.703	1.199	84.175	3,81
C. Oeste	9.419.896	485	33.413	3,55

Fonte: SINTESE - Sistema Integrado de Séries Históricas
MPS/ DATAPREV - MS/ FNS/ DATASUS, 1995

Observando-se a relação entre a quantidade de AIHs faturadas e o número de leitos oferecidos pelo Sistema Único, nas diversas regiões do país, é possível verificar que a rede médico-hospitalar no Nordeste e, principalmente, no Norte, encontra-se saturada em relação ao padrão nacional, que apresenta 31,29 quantidades de AIHs por leito, como pode ser avaliado no quadro VIII.

Quadro VIII - Quantidade de AIH por População e Capacidade da Rede Hospitalar por Regiões, em 1991.

REGIÕES	AIH/Hospital	AIH/Leito	AIH/1.000 hab.	Leitos/1.000 hab.
Brasil	2.768.84	31.29	100	3.15
Norte	2.355.93	40.96	60	1.37
Nordeste	2.753.48	38.68	90	2.39
Sudeste	3.449.56	28.13	100	3.67
Sul	3.065.77	29.43	110	3.81
Centro-Oeste	2.147.88	31.18	110	3.55

Fonte: SINTESE - Sistema Integrado de Séries Históricas
MPS/ DATAPREV - MS/ FNS / DATASUS, 1995.

De modo geral, os instrumentos previstos para a efetivação do financiamento do SUS, com o repasse de recursos para as atividades ambulatoriais e hospitalares, não são de fácil implementação pelos municípios. São, de certa forma, exigências que requerem um elevado grau de organização administrativa, de geração e controle de informações e, acima de tudo, de continuidade de estilo gerencial, o que nem sempre é possível devido às constantes modificações nas estruturas administrativas do setor e descontinuidades decorrentes da cultura de troca de dirigentes sem preocupação com solução de continuidade para planos, programas e projetos em andamento.

Além das dificuldades de ordem tecnológica (informatização de dados) e gerenciais (criação de Conselhos, Fundos, elaboração de Planos), os critérios adotados para viabilizar o financiamento do SUS são ambíguos e de difícil compreensão pelas

administrações locais. Os municípios com precário desenvolvimento econômico e social e com reduzida população têm menos oportunidades de financiamento da saúde que municípios maiores, mesmo que seus problemas sejam similares.

A extinção do INAMPS, em 1993, que durante muito tempo foi responsável pelo financiamento da assistência médica previdenciária, ainda motiva acirradas discussões. Em entrevista ao Jornal do Brasil (JB de 16/05/93), o Secretário Geral da Associação Brasileira de Hospitais, acusou a estrutura da rede pública de hospitais, os fornecedores e empreiteiros de se aproveitarem da instabilidade burocrática, causada pelo processo de descentralização, para se beneficiarem dos recursos transferidos para pagamento de serviços. Para o Secretário Geral (JB, op.cit), existe uma grande estrutura para fraudes nos hospitais públicos:

“que fazem 4% das internações e consomem 70% das verbas, enquanto a rede privada atende a 96% da população e recebe 30% das verbas. Um leito de hospital privado é assistido por três funcionários, e de um hospital público, por no mínimo seis”.

Sobre este aspecto, é conveniente observar que não tem sido fácil o estabelecimento de planilhas de custos nos hospitais públicos, sendo quase impossível a aferição deste pronunciamento. Como a rede pública tem esta dificuldade, é preciso estar muito atento para o controle da rede contratada e conveniada, que contesta os valores estipulados para o pagamento dos serviços pelo MS.

A principal fonte de recursos para o financiamento da cobertura ainda é o Ministério da Previdência Social, cuja arrecadação majoritária é proveniente da contribuição compulsória de empregados e trabalhadores. Sem reconhecer os direitos de participação do Ministério da Saúde na distribuição desses recursos, a extinção do INAMPS pode ter sido prematura antes da resolução formal dessa questão.

CAPÍTULO 4

CONCLUSÃO

Não é preciso fazer muito esforço de pesquisa para se constatar que no Brasil o crescimento da pobreza e da miséria tem alcançado índices alarmantes. As ruas das grandes e médias cidades têm abrigado, indistintamente, mendigos, desvalidos, desempregados, crianças e adolescentes, sem predominância de cor, idade ou sexo. Este é o retrato mais aparente e mais ingrato da crise econômica que se cristalizou no país a partir do final da década de 70. As condições de saúde da população são um perverso reflexo desta situação, contextualizada pela incipiente prestação da assistência médico-sanitária, e precárias alternativas de trabalho e de melhoria de qualidade de vida em geral.

Nos anos 70 foi elaborado um Plano Decenal de Saúde para as Américas, contando com a participação dos diversos Ministros de Estado deste continente. Mesmo tendo suas metas assumidas pelos respectivos Governos e pela Organização Pan-americana de Saúde-OPS, na opinião de Fleury Teixeira (1989:110-111), os resultados alcançados com a implantação do plano foram muito limitados. Considerando as diferenças regionais existentes, sua avaliação demonstrou que:

1. os casos de febre amarela aumentaram nesta década
2. houve aumento de 87% da incidência de malária na América do Sul Tropical, sendo considerável no Brasil;
3. não foi possível reduzir a tuberculose;
4. 24% das mortes causadas por enfermidades infecciosas e parasitárias, em 1979, poderiam ter sido evitadas com vacinação;
5. a redução da mortalidade por diarreia ficou abaixo da meta estabelecida;
6. nos países latino-americanos, 52% das crianças na faixa etária de 1 a 4 anos sofrem de desnutrição.

No período em que vigorou o regime militar no Brasil, de 1964 a 1984, a prioridade da política nacional de saúde foi o atendimento médico-hospitalar em detrimento dos programas de atenção médico-sanitária. Dessa forma, ações preventivas em saúde e o controle de doenças infecciosas, parasitárias e transmissíveis foram deixados em segundo plano, contribuindo para a construção do quadro epidemiológico atual.

Com estimativa de índice de mortalidade infantil de 55/1000 (cinquenta e cinco mortes de menores de um ano para cada mil nascidos vivos)¹, a população brasileira ainda morre de diarreia, tuberculose, dengue e malária, doenças que a muito deveriam estar controladas, mas que se perpetuam em função das políticas equivocadas de Governo e condições sanitárias gerais. Como ressalta Junqueira (1991:45), no perfil epidemiológico da população, "medido através da mortalidade infantil e geral e esperança de vida ao nascer, verifica-se a ausência de saúde e, em outra dimensão, a incapacidade dos serviços de saúde de fazer frente às necessidades da população".

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a transição epidemiológica² tem sido lenta, apresentando, ainda, quadros compatíveis com o contexto sanitário pré-revolução industrial. Apesar das deficiências estatísticas, dados revelam que no período de 1984 a 1991 entre as quarenta principais causas de internações no Brasil, as doenças infecciosas intestinais se mantiveram, em média, em 6º lugar, competindo com doenças bacterianas, virais, nutricionais e as modernas cardiovasculares, neoplasmas, cérebro vasculares, abortos, males do aparelho digestivo e do sistema nervoso, entre outras³.

¹ Folha de São Paulo, Opinião, 1-2 e 1-12 (02/04/95)

² Para Araújo (1992:5-6), teoricamente as fases epidemiológicas históricas são: a) era da fome e das pestilências, prevalecendo até o fim da idade média, com grande incidência de mortalidade por doenças infecciosas endêmicas, epidemias e pandemias; b) era do declínio das pandemias, vigorando da renascença até o início da revolução industrial, marcada pelo desaparecimento das grandes pandemias, sendo as doenças infecciosas, ainda, a principal causa de mortes; c) era das doenças degenerativas e das causadas pelo homem, com declínio das doenças infecciosas, prevalecendo, como causa de mortalidade, as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas.

³ Sobre isto consultar o Informe Epidemiológico do SUS, ano 1, nº 2, jul/1992. Ministério da Saúde, FNS/ CENEPI, pp 137- 146.

A dimensão do problema de saúde se faz sentir nas estatísticas divulgadas pela imprensa: em número de vítimas de hanseníase o Brasil perde apenas para a Índia, surgindo um caso novo a cada 17 minutos; a transmissão de AIDS por grupo heterossexual aumentou de 24%, em 1987, para 54,8% em 1993. Os casos de cólera, dengue e malária são crescentes e assustadores. "No interior dos hospitais, os médicos optam por concentrar esforços e meios em pacientes com chances de vida. Opta-se por quem deve viver ou quem deve morrer, em função da penúria e da escassez de recursos" (Conjuntura e Saúde, abril de 1993, editorial).

Ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos, no Brasil, as taxas de morbidade derivadas da moderna vida urbana têm convivido com a prevalência de antigas endemias rurais, como esquistossomose e doença de Chagas. Calcula-se que o contingente de chagásicos se aproxime de 5 milhões de brasileiros, com morbi-mortalidade na ordem de 20% (Dias,1992:20). Tanto a permanência como o recrudescimento destas doenças são preocupantes. A malária, por exemplo, em 1990/1991 apresentou cerca de 533.360 novos casos, 95% dos quais foram concentrados na Amazônia. Esta região, em 1991, também abrigou a reintrodução do vibrião do cólera no país que, com velocidade e estimulado pelas péssimas condições sanitárias existentes, hoje incide em várias regiões do território nacional. O histórico da evolução dos principais agravos e doenças transmissíveis pode ser verificado no quadro IX.

Quadro IX - Casos de Agravos e Doenças Infecciosas e Parasitárias Notificados

DOENÇAS	1980	1982	1990	1992
Cólera	-	-	-	37572
Malária	169871	221969	560396	577098
Tuberculose	64861	87679	74570	85955
Dengue	-	12000	40642	*97328
Hanseníase	14515	16994	2848	*26927

Fonte: MS/ FNS /CENEPI. Informe Epidemiológico do SUS, 2(6), nov./dez 1993

* Dados de 1991

A propagação do vibrião do cólera está diretamente associado aos problemas de saneamento que a curto prazo apresentam poucas possibilidades de solução. De acordo com Hijjar (1992:53) a cada hora ocorrem no Brasil dez novos casos de tuberculose e morrem quatorze doentes por dia desta enfermidade. Acrescente-se a este quadro, a morbidade por dengue que voltou a incidir nos grandes centros urbanos do país, cujo surto foi constatado através de aproximadamente 97.328 (noventa e sete mil trezentos e vinte e oito) casos notificados em 1991. As estatísticas apresentadas tornam-se ainda mais preocupantes quando relacionadas ao crescimento da taxa de pobreza e miséria no país que, juntamente com os precários níveis de saneamento, constituem importantes fatores para o agravamento da situação, desafiando a consolidação de um sistema universal de saúde que seja capaz de dar respostas satisfatórias aos graves problemas existentes. Problemas estes que transcendem o desenvolvimento de ações e serviços específicos em saúde.

Este é quadro sanitário em que deve ser implantado o Sistema Único de Saúde - SUS. Contando com avançados mecanismos de gestão, incluindo-se, entre estes, a participação da sociedade e a municipalização das ações, o SUS representa, na prática, um grande desafio à administração pública, e, em particular, aos órgãos responsáveis pela implementação das ações. Impõe ao Estado a necessidade de revisão dos padrões assistenciais, de articulação intergovernamental e de relacionamento com a população.

Durante muito tempo a política nacional de saúde esteve orientada para um tipo de atendimento que privilegiava a assistência médica curativa em detrimento das ações preventivas, segundo um modelo de assistência dual desenvolvido simultaneamente, e sem articulação, pelos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, fragmentando o setor. Cada uma destas áreas se desenvolveu segundo a lógica de seus grupos de interesse: a

medicina previdenciária procurava, grosso modo, garantir as condições mínimas de saúde do trabalhador, objetivando a reprodução do capital e da força de trabalho; a saúde pública promovia as condições necessárias ao desenvolvimento econômico, buscando erradicar vetores e doenças incidentes nas áreas de maior interesse ao processo de desenvolvimento econômico brasileiro.

Se, de um lado, a área assistencial foi levada à falência pela falta (e desvios) de recursos e pela crescente demanda de uma população cada vez mais marginalizada e desassistida, a área da saúde coletiva, com sérios problemas de financiamento, viu-se reduzida a alguns programas de extensão nacional, como os programas imunopreveníveis, os de controle de vetores e de tratamento de tuberculose e hanseníase, entre outros.

No que se refere ao controle de doenças coletivas, é relevante considerar que as atividades pertinentes foram estruturadas privilegiando o trabalho de campo, executado de casa em casa, em busca dos agentes de contaminação, tratando de forma individual as pessoas infectadas. Com estratégia baseada nas campanhas militares, o modelo de atuação objetivava a erradicação das endemias e a eliminação dos vetores transmissores, pouco se questionando os determinantes de sua ocorrência ou as formas mais apropriadas para o seu controle. A partir da Constituição Federal de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS - com novas diretrizes para a estruturação do setor como um todo. Iluminado por princípios vitais, entre os quais, a integração das ações de caráter curativo e preventivo, pelo menos no âmbito jurídico-institucional, seria suplantada a histórica dualidade que promoveu a dispersão das ações e serviços de saúde, ao longo dos anos.

Entretanto, não é raro no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, que os modelos formulados para a atuação do Estado em políticas sociais, neste caso a política de saúde, se constituam em forte obstáculo à implementação

das ações necessárias, pois, inúmeras vezes, desconsideram a realidade econômica, política e institucional vigente. Tendo como referência negativa a existência de descontinuidades administrativas, as dificuldades residem, via de regra, em processos decisórios obscuros e centralizados; em limitados recursos orçamentários para o financiamento das políticas; e, na ausência de articulação e coordenação das ações, mesmo quando amparadas por modernos instrumentos legais.

Contribui para este contexto, a indefinição das competências das esferas governamentais, gerando, nas instituições públicas e instâncias organizacionais, diversos elos competitivos e o desenvolvimento de atividades paralelas. A atuação do setor público fica comprimida, ainda, pela interferência de exaustivos processos de (in)decisão e pelas dificuldades de efetivação de canais participativos de controle social, como os Conselhos de Saúde, embora formalmente criados.

É amplamente constatado que o processo decisório centralizado teve suas raízes na história político-administrativa do país, preponderando o Governo central fortalecido em detrimento da autonomia dos demais níveis de Governo. Para a consolidação deste perfil, competiram Governos populistas e autoritários, civis e militares, ao institucionalizarem, durante longo período, seus projetos de desenvolvimento apoiados em modelos de gestão sensivelmente excludentes. Nos Governos populistas, a exclusão se deu pela tutela do Estado aos movimentos reivindicatórios; nos Governos militares, foram interditados os canais de comunicação que pudessem favorecer a participação da sociedade na definição e implementação das políticas.

Na esteira da desilusão com as políticas desenvolvimentistas, e da conseqüente crise econômica que se abateu sobre o país em resposta ao fracasso desses projetos, a partir dos anos 80 tem sido verificado um acelerado crescimento da situação de

pobreza e miséria da população, com acentuada perda da qualidade de vida em regiões antes tidas como promissoras. Segundo dados globalizantes, a miséria total atinge hoje cerca de 32 milhões de pessoas no Brasil.

Entrementes, como atesta Fleury Teixeira (1990:80), "o colapso dos Governos autoritários inaugurou, na história da América Latina, uma nova etapa de transição para a democracia, caracterizada pela irrupção da demanda contida de participação cidadã (...)" exigindo a reforma das estruturas do Estado no sentido de abrir os espaços de comunicação, descentralizando o processo decisório de formulação de políticas sociais e incorporando deveres assumidos pelo reconhecimento dos direitos de cidadania da população. A postura governamental em relação à política de saúde, associada ao sistema político de Governo vigente durante as últimas décadas, pode ser observada no quadro X.

Quadro X - Atuação Governamental na Política de Saúde.

Período aproximado	Características	Reflexos
1967-1975	Centralização político-administrativa com crescimento da assistência médico-hospitalar em detrimento de ações preventivas.	Política de saúde centralizada pela União, com redução da participação de estados e municípios no desenvolvimento do setor.
1975-1980	Financiamentos federais para a expansão da rede pública e, principalmente, privada de atendimento hospitalar. Transferências de recursos para as Secretarias Estaduais de Saúde, sem contribuir para a descentralização e municipalização das ações e serviços.	Favorecimento das Regiões Sul e Sudeste no aumento da capacidade hospitalar. Recursos repassados de forma arbitrária, sem transparência ou equidade, para estados e municípios.
1980-1990	Tentativas de descentralização com implantação das AIS e do SUDS. Instituição do SUS - Sistema Único de Saúde, como nova opção de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e municipalização das atividades.	Repasse para estados e municípios sem regularidade, mantendo a indefinição de critérios para a descentralização de recursos e equipamentos. Manutenção de práticas de negociação para a repartição dos recursos, privilegiando regiões com maior capacidade instalada de atendimento.

Transformando a prática estabelecida, e em sintonia com os ventos democratizantes que assolavam o país, na década de 80 consolidou-se o Movimento de Reforma Sanitária, cujo maior feito institucional foi introduzir na Constituição Federal, promulgada em 1988, avançados dispositivos de proteção universal e integral à saúde, com equidade no provimento das ações e serviços. Pela universalidade, o Estado deverá estender os direitos à saúde a todos os cidadãos, como um direito de cidadania, garantindo o acesso indiscriminado aos serviços públicos ou privados. Como um conjunto de ações articuladas e contínuas, a integralidade de assistência rompe com a dicotomia entre as ações de caráter curativo e preventivo; individuais e coletivas, superando a ênfase na assistência médica.

A concepção integral procura garantir melhor qualidade de vida, com menor degradação, garantindo a extensão dos serviços de saúde, em toda a sua complexidade tecnológica, a todos os indivíduos residentes em áreas urbanas ou rurais do país. O acesso universal e igualitário promove a equidade na medida em que rompe com a discriminação assistencial. A institucionalização da universalização, entretanto, não foi acompanhada da definição de fontes seguras e concretas de financiamento. Paradoxalmente ampliou-se a clientela a ser atendida, que deixou de ser exclusivamente a contribuinte do sistema previdenciário, sem uma verificação consistente da capacidade financeira e instalada da rede de serviços de saúde frente às novas demandas. O fato de todos terem direitos iguais de acesso acabou sobrecarregando a infra-estrutura existente, já deficiente e implantada de maneira pouco equânime no território nacional, face às discrepâncias regionais historicamente mantidas.

Considerando que a maior parte da população brasileira dispõe de baixo poder aquisitivo, a garantia de atendimento universal poderia ser um instrumento de

promoção da igualdade social. Contudo, numa sociedade desigual, muitos usuários mantêm o uso dual do sistema, freqüentando a rede do SUS paralelamente ao atendimento oferecido pelas seguradoras de saúde e empresas de medicina de grupo, entre outras, conveniadas às organizações privadas que incluem os serviços de saúde entre os benefícios sociais oferecidos aos seus funcionários, muitas vezes como forma de compensação trabalhista.

Faveret Filho e Oliveira (1990), em estudos realizados, concluíram que os setores médio abastados da sociedade, representados pela classe média e operários de setores dinâmicos da economia, vêm se constituindo, gradativamente, em clientela privilegiada para a utilização dos subsistemas privados de saúde. Este ajuste, carregado de funcionalidade, configura o que os autores denominaram de “universalização excludente”, que expulsa do sistema os grupos com maior capacidade de reivindicação e com maior nível de exigência para a melhoria da qualidade dos serviços.

As múltiplas alternativas assistenciais não desestimulam o uso do sistema de saúde por pessoas que dispõem de outras opções, escolhendo os serviços, públicos ou privados, de acordo com as melhores condições de oferecimento ou mesmo para cobrir os serviços não garantidos pelas seguradoras privadas, notadamente no tratamento de casos crônicos ou de prolongada recuperação. A preocupação do Ministério da Saúde, em relação a esta situação, foi claramente manifestada em entrevista concedida à imprensa pelo atual ministro da pasta, Dr. Adib Jatene:

"O argumento conseqüente seria: por que não limitar o universo a ser atendido pelo SUS à população mais necessitada? Porque a Constituição estabelece o atendimento universal(...). Deixa de haver compensação do pagamento maior dos que podem mais para equilibrar o pouco que o sistema pode pagar. Estabelece-se a injustiça social. Paga-se pouco pelos que não podem e o mesmo pelos que podem, liberando-os de despesas capazes de equilibrar o sistema". (Folha de São Paulo, 1-3 , 03/03/95)

A declaração do Ministro coloca de forma clara e direta um dos principais dilemas da universalização, centrado nas dificuldades de custeio e de investimentos de um sistema carente de recursos, e que precisa se estruturar, distribuindo seu parco orçamento para utilização equânime pelos que dele muito ou pouco precisam. A grande questão passa, então, pelas dificuldades de sobrevivência de uma estrutura de atendimento, que se propõe a servir a todos, indiscriminadamente, mais que concretamente não dispõe de recursos suficientes para tal.

Os conflitos decorrentes do dilema entre capacidade de financiamento e o dever universal de atendimento vão perdurar enquanto não forem asseguradas fontes perenes de financiamento para o SUS. Ou se decide técnica e politicamente pela redistribuição do orçamento da seguridade social, atualmente de caráter contributivo, ainda centrado na arrecadação previdenciária, ou se assume a necessidade de um orçamento fiscal vigoroso, capaz de sustentar as políticas sociais, sobretudo a política de saúde.

A questão chave que se coloca frente às dificuldades de implantação dos pressupostos institucionais do SUS está sediada nas linhas de concepção do próprio sistema único, cuja ênfase na expansão das atividades do Estado, aparentemente, colocou em segundo plano o problema da capacidade operacional das esferas de Governo para assumir a universalização e a descentralização das atividades. Nesse particular, não pode ser ignorado que o sistema que vigorou antes do SUS foi desenhado, com detalhes, pelos grupos de interesse responsáveis, no âmbito público e privado, pelo exercício da medicina curativa.

As transformações exigidas pelo novo modelo assistencial, conseqüentemente, esbarram na fortaleza do setor privado, de matriz neoliberal, cuja

capacidade instalada é vital para o funcionamento de qualquer sistema de saúde que se planeje neste país, principalmente universalizado. Significa, grosso modo, que as mudanças estruturais desejadas não poderiam passar apenas pela substituição dos seus instrumentos legais, mas pelo estabelecimento de novas relações entre os prestadores de serviços, Governo e sociedade.

O Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, consolidou a preocupação de "assegurar que o setor privado contratado atue como se público fosse, de acordo com as leis do SUS e fundado no interesse público, em qualquer situação" (MS, 1992:23). Proposta articulada mas que desconsiderou que o interesse do setor privado é privado mesmo, e sua motivação não é o atendimento universal, é o atendimento rentável e lucrativo, e visa, de acordo com sua matriz ideológica, o retraimento do Estado da prestação de serviços de saúde.

Contando com uma vasta rede de atendimento, cujo crescimento foi financiado pelo próprio Estado, o setor privado ainda é o principal fornecedor de serviços "públicos" de saúde. Mesmo inconformado com os valores pagos pelo SUS aos prestadores de serviços, e num sistema que ainda privilegia ações curativas, funciona não de forma complementar ao setor público, porém como rede principal, como pode ser comprovado no quadro XI, que apresenta o número de leitos oferecidos pelo sistema de saúde.

Quadro XI - Nº de Leitos Oferecidos pelo Sistema Único de Saúde
(1989-1990)

Prestadores	1989		1990	
	(abs.)	(%)	(abs.)	(%)
TOTAL	523.034	100,00	533.947	100,00
Federal	28.646	5,48	30.562	5,72
Estadual	69.713	13,33	67.109	12,57
Municipal	21.245	4,06	27.202	5,10
Particular	430.430	77,13	409.074	76,61

Fonte: SINTESE - Sistema Integrado de Séries Históricas, 1995
DATAPREV - MS/ FNS/ DATASUS

Os percentuais de leitos disponíveis por prestador de serviço, mantiveram-se praticamente os mesmos, em 1989 e 1990, onde a esfera pública comparece com grande defasagem em relação ao setor privado. Este panorama não se altera com a descentralização do sistema, cuja transferência integral de leitos públicos para os municípios, deverá conviver com o desequilíbrio apresentado pelo setor privado, que continuará concentrando 76% do total de leitos oferecidos.

Quanto à capacidade instalada da rede para o desenvolvimento das atividades hospitalares, verifica-se que em 1994, a esfera municipal passou a apresentar certo nível de “competitividade” com os hospitais filantrópicos, representando respectivamente, 16,06% e 22,33% do total, enquanto o setor contratado, predominante, passou a dispor de 45,07% dos hospitais. A tabela II exprime quantitativamente essas informações.

Tabela II - Quantidade de Equipamentos Hospitalares por Entidade Mantenedora

Natureza	1990	1991	1992	1993	1994
TOTAL	4.992	5.205	5.946	6.227	6.346
Próprios	36	37	28	16	13
Contratados	2.688	2.696	2.790	2.838	2.900
Federais	18	46	145	107	99
Estaduais	509	559	748	761	747
Municipais	369	460	768	961	1.019
Filantropicos	1.284	1.319	1.372	1.417	1.417
Universitários	88	88	94	126	150
Sindicatos			2	1	1

Fonte: SINTESE - Sistema Integrado de Séries Históricas
MPS/ DATAPREV - MS/ FNS/ DATASUS, 1995

O imperativo dos equipamentos hospitalares tem estimulado a decisão governamental de transferir grande parte dos recursos do SUS mediante apresentação pela rede de serviços autorizada, de faturas de AIH (Autorização de Internações Hospitalares), em contradição com o princípio de integralidade, que exige a predominância de ações coletivas sobre as ações curativas e individuais.

A consolidação desse princípio, que objetiva promover a transformação do paradigma saúde/doença pela conscientização da dimensão social da mesma, e enfraquecimento da dimensão biológica, infelizmente, se dará apenas no momento em que forem alteradas as condições gerais de vida da população, com modificações substanciais no seu padrão sócio-econômico. Enquanto isso, a população continua adoecendo, tendo, no momento, como resposta às suas necessidades, a baixa qualidade da prestação dos serviços de saúde, decorrente do desequilíbrio da rede de serviços e do confronto

estabelecido entre a base institucional do SUS e a ineficácia consolidada nas práticas organizacionais do setor público.

Em outubro de 1993, o Ministro da Saúde declarou à imprensa que admitia que a saúde pública estava agonizante, e que a reversão da situação estava associada à definição de fontes de custeio, enfatizando, também, o papel da municipalização dos serviços como estratégia para que a população pudesse intervir mais diretamente, pressionando o poder público para que alocasse melhor os escassos recursos do SUS. Nesse período, o processo de extinção do INAMPS foi considerado como uma estratégia "salvadora da pátria" para a efetiva municipalização das ações de saúde.

Meses antes, no editorial da revista *Conjuntura e Saúde* (Jogo de Sombras: 1993, abril) foram colocados alguns dos dilemas vividos pelo SUS, entre os quais a queda da qualidade dos serviços prestados, além das dificuldades reais de acesso da população aos mesmos. Esta situação, numa conjugação de fatores, certamente reflete as contradições existentes entre o modelo de saúde concebido e as atividades efetivamente realizadas na sua implementação, que têm se mostrado pouco adequadas às exigências do setor. Sobre a extinção do INAMPS, o editorial é bastante enfático anunciando que:

“Propõem-se agora matar um dos monstros do sistema anterior. Mas, desse mesmo lago emergem outros monstros potenciais. Discute-se a definição de papéis do novo (velho) sistema, questiona-se a forma e a lentidão da municipalização, sugere-se aqui e ali a criação de previdências municipais. Mas os técnicos da área já crêem que a questão é rediscutir o modelo como um todo.”

A crise da saúde, como um reflexo da crise geral que abala o país, é apenas mais um dos indicadores que colocam em xeque a maneira pela qual são discutidas, aprovadas e implementadas as políticas públicas no Brasil, notadamente as políticas sociais. Partindo quase sempre da conquista de algum grupo de interesse ou pressão, inclusive da burocracia, a prática usual é propor transformações arrasadoras e que, de preferência consigam "apagar o que foi

feito antes", desconhecendo a história, a prática decisória, o jogo de poder e os nossos vícios institucionais, numa postura que Hirschmann (1989) denominou, muito apropriadamente, de "síndrome do apaga tudo".

Mesmo tendo sido anunciado que a extinção do INAMPS se daria por Decreto, o Presidente Itamar Franco encaminhou à Câmara o Projeto de Lei de nº 3716/93 que, além da extinção do órgão, definia a situação dos seus funcionários, oriundos da Previdência Social, integrando-os definitivamente ao Ministério da Saúde. Com a transferência dos recursos orçamentários para o Fundo Nacional de Saúde, o INAMPS seria substituído por um órgão especialmente criado para assumir as funções de planejamento e normalização do sistema de saúde.

As demais atribuições básicas do INAMPS como controle, avaliação e auditoria da rede assistencial, cooperação técnica com outras esferas de Governo, prestação residual e repasse de recursos financeiros para a assistência médica, foram consideradas como conflitantes aos princípios do Sistema Único. Dessa forma, foram extintos cargos e delegadas funções ao Ministério da Saúde, no sentido de proceder a readequação das atividades remanescentes às necessidades do SUS. Transitoriamente, a finalidade do INAMPS passou a ser a prestação de apoio técnico e administrativo ao Ministério da Saúde na descentralização das atividades indispensáveis à implantação do SUS, além de administração dos recursos financeiros, humanos e materiais alocados no Sistema Único.

A extinção do INAMPS foi acompanhada de ruidosa manifestação por parte dos diversos grupos de interesse. Internamente, especialmente nas coordenações regionais, o clima de insegurança dos funcionários, marcados pelos abalos da sua recente transferência do Ministério da Previdência para o de Saúde, estimulou depoimentos onde se diziam vítimas de uma queima de arquivos. Representantes de estabelecimentos privados de saúde "temiam" que

estados e municípios se aproveitassem politicamente do SUS, subordinando o atendimento à população aos interesses políticos locais. Além desses, os profissionais de saúde que participaram da Reforma Sanitária apontavam a necessidade de se realizar reforma administrativa no Ministério da Saúde, receando que a descentralização fosse confundida com a municipalização inconsequente ou a prefeiturização das ações e serviços de saúde.

A análise da implantação do SUS tem sido particularmente difícil. De um lado, a visibilidade que os veículos de comunicação têm dado à política de saúde não permite que se esconda o quadro atual, bastante negativo, marcado pela inegável perda de qualidade na prestação dos serviços. De outro lado, parece que os princípios reformistas do Sistema Único de Saúde, aparentemente, não contavam com as dificuldades operacionais para a implementação de suas diretrizes.

Entraves de ordem política, técnica e financeira se interpõem às oportunidades de se avançar no processo e corrigir os rumos do sistema, notadamente aqueles que são distoantes com a realidade política e institucional brasileira. Some-se a isto as constantes reclamações dos prestadores contratados e conveniados pelos atrasos nos pagamentos devidos por serviços prestados, e as denúncias de corrupção e malversação dos recursos alocado no SUS. Os processos de auditoria interna do Ministério da Saúde têm detectado uma série de problemas nessas alocações. Em recente matéria, a SAS - Secretaria de Assistência à Saúde, responsável pela avaliação e controle do sistema, apontou que de 20% das AIHs faturadas em dezembro de 1993, cerca de 22% apresentavam irregularidades.

A análise empreendida nos itens anteriores, procurou demonstrar que, no caso do SUS, toda uma nova legislação foi concebida para o setor. Com parâmetros de modernidade, e alimentando um processo participativo na gestão das políticas públicas, objetiva transformar antigas práticas e valores enraizados na prestação de serviços de

saúde, que, ao longo dos anos, não contribuíram para o aprimoramento das ações de saúde pública no Brasil.

Pelos inúmeros problemas que vêm enfrentado, o SUS passa atualmente por uma grave crise de legitimidade. Infelizmente, seus pressupostos, pelo menos neste momento, ainda não entraram em sintonia com a dinâmica econômica e social do país, cujo processo de desenvolvimento geral é bastante lento e complexo. Para sustar o descrédito no sistema talvez que este seja o momento de se questionar alguns dos seus princípios, redimensionando-os à luz da realidade política e institucional brasileira.

Para melhor compreensão dos desafios colocados à gestão do SUS será utilizado como recurso de análise uma Matriz, intitulada Matriz Institucional Múltipla (ver fig. 1) que colocará em evidência algumas das atribuições previstas nos estatutos formais do SUS, para serem absorvidos e desenvolvidas pelas diferentes esferas de Governo.

Nas células da Matriz será possível verificar a intensidade dessas ações, bem como o nível de atuação dos órgãos governamentais para desenvolvê-las, referenciadas em atividades como: planejamento; participação no processo decisório; alocação de recursos; e execução de ações. A análise realizada procura identificar quais são os níveis de Governo e respectivas unidades responsáveis por estas atividades, vinculando-os aos pressupostos do próprio SUS, como descentralização, municipalização, financiamento e participação social na gestão.

Figura I - MATRIZ INSTITUCIONAL MÚLTIPLA

ATRIBUIÇÕES	Ministério da Saúde	Conselho Nacional de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde	Conselho Estadual de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde	Prestador de Serviços
DIREÇÃO DO SISTEMA	● ▼ ■		● ▼ ■		● ▼ ■		
REGULAMENTAÇÃO E NORMALIZAÇÃO	● ▼ ■		■		■		
FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS	● ▼ ■	● ▼	■	● ▼	■	● ▼	
FORMULAÇÃO DE PROGRAMAS	● ▼ ■		■		■		
COORDENAÇÃO E ARTICULAÇÃO	● ▼						
FISCALIZAÇÃO E CONTROLE	● ▼ ■						
FINANCIAMENTO	✱ ▼		✱ ▼		✱ ▼		
DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS PARA EXECUÇÃO	● ▼ ■		● ▼ ■		● ▼ ■		● ▼ ■
CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	● ▼ ■						
NORMALIZAÇÃO DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO	● ▼ ■						
PROMOÇÃO DE DESCENTRALIZAÇÃO	▼ ■	▼	■	▼	■	▼	

LEGENDA: ● -Planejamento;
 ▼ -Participação no Processo Decisório;
 ✱ -Alocação de Recurso;
 ■ -Execução de Ações

A leitura da Matriz Institucional Múltipla permite observar que:

- As principais áreas de atividades do sistema, ou seja: regulamentação e normalização; formulação de programas; fiscalização e controle; coordenação e articulação interorganizacional; e, capacitação de recursos, estão plenamente concentrados no Governo federal. Os órgãos centrais ditam regras nacionais, nem sempre de fácil implantação pelos estados e, principalmente, municípios, retardando o processo de descentralização.
- A participação no processo decisório, apesar de ser legalmente compartilhado pelas três esferas de Governo e pela sociedade, é bastante concentrada no nível federal que se torna o principal agente na determinação das políticas, programas e projetos no âmbito do SUS. É ainda bastante comum a adesão de estados e municípios aos velhos programas verticalizados de saúde do Ministério e da Fundação Nacional de Saúde, mantendo posturas e procedimentos incompatíveis com as realidades locais e com o princípio de descentralização e integralidade.
- O controle social, através dos Conselhos, é frágil e de pouca expressão na tomada de decisões, sobretudo no nível municipal. Necessita menos de normas de funcionamento e mais de comprometimento e responsabilização de seus representantes. A prática de se criar Conselhos de Saúde apenas para cumprir exigências formais que podem beneficiar estados e municípios contribui para o esvaziamento deste canal de participação democrática.
- Além do controle e fiscalização da rede de atenção e dos serviços prestados, os Conselhos de Saúde deveriam utilizar seu espaço formal de atuação para colaborar no planejamento do sistema, normalização e avaliação dos mesmos, na medida em que estão mais próximos das ações executadas, sendo, em inúmeros casos, os próprios usuários. A participação mais intensa da população é fundamental para o fortalecimento do SUS.
- Os Governos estaduais e municipais são extremamente dependentes do Governo federal para o financiamento do sistema. Os recursos nem sempre são repassados satisfatoriamente provocando, nos últimos tempos, dificuldades para a manutenção e funcionamento da rede pública de saúde que está em crescente processo de sucateamento.

- A opção pelo pagamento dos prestadores de serviços, públicos, conveniados e contratados, em função dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados, tem estimulado o desenvolvimento de ações curativas em detrimento de ações de proteção e promoção de saúde.
- No âmbito do Governo central existe enorme disputa pelos recursos da seguridade social. As verbas transferidas a estados e municípios são, na maior parte, provenientes da arrecadação previdenciária que, ao repassar verbas para o SUS, prejudica suas próprias políticas de aposentadorias e pensões. Pela possibilidade de receber os recursos federais, alguns estados têm, sistematicamente, reduzido seus recursos orçamentários destinados à saúde, perpetuando a estratégia de dependência.
- A escassez de verbas para o financiamento da saúde tem tido reflexos negativos na atuação e comprometimento dos recursos humanos que, com baixos salários, falta de programas de capacitação e dificuldades operacionais para desenvolver suas funções, têm vivido em estado de greve permanente, imobilizando a rede. Ao paralisar os serviços ou diminuir quantitativamente o atendimento, ferem os princípios de integralidade e universalidade do SUS, selecionando, por critérios racionais, os usuários que podem ou não ser atendidos.
- Por força de legislação, os municípios deveriam ser os principais responsáveis pela implementação de ações básicas de saúde e, dependendo do modelo de gestão, pelo desenvolvimento de ações mais complexas. Entretanto, é possível verificar que a União e os estados continuam desempenhando estas funções, competindo com o Governo local no planejamento, decisão (escolha) e execução das ações, em todos os níveis de complexidade, novamente se interpondo ao processo de descentralização.
- Os Fundos de Saúde, exigência legal para que se efetive o repasse dos recursos, são apenas mecanismos para a transferência do dinheiro para o financiamento da rede. Na maior parte dos casos, apesar do gestor do sistema ser o ordenador de despesas do fundo, as verbas, via de regra, se perdem no caixa geral dos Governos estaduais e prefeituras.

- De acordo com as diretrizes de descentralização, a transferência de recursos deveria acontecer diretamente do Governo federal para o municipal, eliminando a intermediação da esfera estadual. Entretanto, vigora a intermediação, dificultando o acesso direto dos municípios aos recursos que lhe cabem. Os constantes atrasos nos repasses têm levado a inúmeras crises, que afetam a rede pública e conveniada, reduzindo a oferta de serviços, com diminuição significativa da qualidade dos mesmos.

- Para satisfazer os princípios do SUS, é fundamental a existência de mecanismo que favoreçam, realmente, a coordenação e a articulação das ações. Estas funções, assim como o planejamento, o processo decisório da política, a alocação dos recursos e a execução dos serviços, acontecem em blocos isolados, por atividades, por esfera de Governo e sem articulação alguma. Isto pode se complicar se considerarmos que os pressupostos legais formulados e institucionalizados para o SUS, são extremamente modernos e necessitam, para sua implementação, de instrumentos gerenciais adequados e eficazes. Neste aspecto, é conveniente a existência de infra-estrutura tecnológica para a geração de informações e de capacitação dos recursos humanos para absorver os novos métodos de trabalho.

- A questão do funcionalismo contribui para dificultar a implantação do SUS. Para municipalizar e descentralizar, os principais dilemas colocados, e que ainda estão sem resposta, dizem respeito ao processo de transferência de servidores federais e estaduais, para a responsabilidade dos municípios. O funcionalismo entende, numa posição bastante corporativa que, se passarem a integrar o corpo técnico da administração local, perderão **status**, benefícios e poder de barganha, que hoje dispõem. Isto, evidentemente, tem gerado reações que interferem na motivação e disposição para o trabalho.

- Cabem aos Governos federal e estadual a responsabilidade pela descentralização. Nessas esferas de Governo as resistências às transferências de equipamentos e recursos estão alicerçadas nos receios de perda de poder político. Quanto aos equipamentos e atividades já descentralizados, não há persistência, principalmente do Governo federal, na capacitação dos recursos humanos locais para o exercício das novas atribuições. Certamente este ponto

tem contribuído para a geração de conflitos quanto aos objetivos do SUS, notadamente o de municipalização, levando, inclusive, à imobilização da rede, com descontinuidade de comando e falta de manutenção de equipamentos, inviabilizando a prestação de serviços.

- Por mais que a legislação do Sistema Único de Saúde aponte para a municipalização e descentralização, o que tem acontecido, na prática, é que os Governos federal e estadual continuam investindo no setor e ampliando fisicamente sua própria rede de saúde. Não há vontade política para a implementação total dos princípios do SUS. Com isto, perde o usuário, por que o sistema encontra-se em permanente fase de "reprogramação" sem perspectiva, no curto prazo, de solução para o problema. Certamente que a instabilidade advinda com o SUS, tem contribuído para o declínio das condições de saúde da população, e recrudescimento de endemias e outras moléstias tropicais.

BIBLIOGRAFIA

- ABRANCHES, Sérgio Henrique. *Política Social e Combate à Pobreza: A teoria da prática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1989.
- ARAÚJO, Brás José de. Intervenção Econômica do Estado e Democracia. *Estado e Capitalismo no Brasil*. Org. Carlos Estevão Martins. São Paulo: Ed. Huicitec-CEBRAP, 1977.
- ARAÚJO, José Duarte. Polarização Epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do Sus*. Brasília: Ministério da Saúde, FNS/CENEPI, ano I, nº 2, jul.1992.
- AURELIANO, Liana e DRAIBE, Sonia Maria. A Especificidade do Welfare State Brasileiro. *Economia e Desenvolvimento: A Política Social em Tempo de Crise*. Brasília: MPAS/CEPAL, 1989.
- BARCELLOS, Tanya Maria Macedo de (Coord.). *A Política Social Brasileira 1930-1964*. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.
- Braga, José Carlos de Souza. *A Questão da Saúde no Brasil. Um Estudo das Políticas Sociais em Saúde Pública e Medicina Previdenciária no Desenvolvimento Capitalista*. Campinas: UNICAMP, 1978. Dissertação (Mestrado em 1978) Universidade de Campinas, 1978. ---p.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Saraiva, 1989.
- COIMBRA, Marcos Antônio. Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1989.
- _____. Será que o Marxismo Responde à Pergunta de como Surgem as Políticas Sociais. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1989.
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Publicações Técnicas*, nº 2, dez. 1990.
- _____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Publicações Técnicas*, nº 3, set/out. 1991.
- CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Perspectivas para consolidar a unificação e a descentralização. *Previdência em Dados*, Rio de Janeiro, 3(4): 5-10 out/dez. 1988.
- _____. O INAMPS na Nova República: Política e Estratégia. *Previdência em Dados*, Rio de Janeiro, 1(3): 5-9 abr./jun. 1986.
- COUTINHO, Luciano G., e Reichstul, Henri-Philippe. O Setor Produtivo Estatal e o Ciclo Econômico. *Estado e Capitalismo no Brasil*. Org. Carlos Estevão Martins. São Paulo: Ed. Huitec-CEBRAP, 1977.

- DAIN, Sulamis. Dilemas do Financiamento da Nova República. *Previdência em Dados*, Rio de Janeiro, 1(3): 12-8 jul./out. 1986.
- , Empresa Estatal e Política Econômica no Brasil. *Estado e Capitalismo no Brasil*. Org. Carlos Estevão Martins. São Paulo: Ed. Huitec - CEBRAP, 1977.
- DIAS, João Carlos Pinto. Doença de Chagas no Brasil: Situação Atual e Perspectivas. *Informe Epidemiológico do Sus*, Brasília, Ministério da Saúde, FNS/CENEPI, ano I, nº 4, set.1992.
- DRAIBE, Sonia Maria. *Rumos e Metamorfose: Estado e Industrialização no Brasil: 1930/1960*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1985.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *O que é Política Social*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Brasiliense, 1986.
- FAVERET FILHO, Paulo e OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A Universalização Excludente: Reflexões Sobre as Tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. IPEA, nº 3, p.139-162, jun. 1990.
- FISCHWITZ, Stanislaw. *Fundamentos da Política Social*. Rio de Janeiro: Agir, 1964.
- FLEURY TEIXEIRA, Sônia e OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo. *Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Coleção Saúde e Realidade Brasileira, Ed. Vozes, 1989.
- FLEURY TEIXEIRA, Sônia. Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 24(2) 78-99, fev./abr. 1990.
- _____. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. *Saúde e Debate*, nº 43, 44-52 p. jun. 1994.
- _____. *Estado Capitalista e Política Social*. Rio de Janeiro: ENSP, 1987.
- _____. O Dilema Reformista na Reforma Sanitária Brasileira. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4): 94-115, out./dez. 1987.
- _____. O Custo Social do Pagamento da Dívida na América Latina. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 23(3) 99-134, mai./jul. 1989.
- FLEURY, Sônia. Estado sem Cidadãos - Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- FOLHA DE SÃO PAULO. *Tendências e Debates*. São Paulo, 3 mar. 1995. Opinião, p.1-3.
- _____. *Cotidiano*. São Paulo, 21 jan. 1995. Hospitais de São Paulo são Suspeitos de Fraudar o SUS, p. 3-6.
- FRANCO-AGUDELO, Saul. *Salud e Imperialismo. Los Motivos de la Acción Antimalárica en América Latina: El caso de la fundación Rockefeller*. Colômbia:

Centro de Investigaciones Médicas. Faculdade de Medicina. Universidad de Antioquia, Medellin. 1981. mimeo.

FRANCO, Rolando. Las Grandes Controversias de la Política Social. *Desarrollo Social en los 80*. (Coord). Franco, R. e Zavala, J. Chile: CEPAL/ILPES/UNICEF, 1983.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Centro Nacional de Epidemiologia. *O Programa de Controle de Endemias na perspectiva do "SUS"*. Brasília: FNS/CENEPI/CCDTV, 1993, 7p.

_____. Departamento de Operações. *Descentralização das Atividades de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores - Antecedentes*. Brasília: FNS/DEOPE, ago.1994, 7p.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITEROI. *Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde*. Niteroi: FMS, 1991.

GENTILE DE MELLO, Carlos. Medicina Previdenciária. *Saúde e Medicina no Brasil: Contribuições para um Debate*. (org.) Reinaldo Guimarães. Série Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro: Graal, 1970.

GOES, Walder de. *O Brasil do General Geisel*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1978.

HABERMAS, Juergen. A nova Intransparência-A Crise do Estado de Bem-Estar Social e o Esgotamento das Energias Utópicas. *Novos Rumos*, Rio de Janeiro, CEBRAP, nº 18, set. 1987.

HEIMANN, Luiza S. et alli. *O Município e a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

HIJAR, Miguel Aiub. Epidemiologia da Tuberculose no Brasil. *Informe Epidemiológico do Sus*. Ministério da Saúde, FNS/CENEPI, ano I, nº 6, nov. 1992.

HIRSCHMAN, Alberto. *La Política e El Análisis de la Política en la América Latina: Un Viaje de Regresso*. Reproducido con permiso de Policy Sciences, nº 6, p. 385-402, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, Rio de Janeiro. Centro de Pesquisas Urbanas. *Relações Intergovernamentais: A União e o Município*. IBAM/CPU. Rio de Janeiro, 1976. 2v.

_____. *Perfil dos Municípios na Área de Saúde*. Convênio IBAM/MS/FNS. Rio de Janeiro, 1991. 3v.

_____. Centro de Organização e Sistemas. *Diagnóstico Institucional da Fundação Nacional de Saúde*. Convênio IBAM/MS/FNS. Rio de Janeiro, 1992. 81p.

_____. Centro de Projetos de Organização e Gestão/ Núcleo de Saúde. *Endemias: Estudo de Reorganização das Atividades de Controle*. Convênio IBAM/MS/FNS. Rio de Janeiro, 1995. 144p. (versão preliminar, jan/1995).

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *O Financiamento da Descentralização dos Serviços*. Documentos de Política nº 3. IPEA, abr. 1991.

_____. Descentralização: Um Tema Complexo. Sato, Ademar K. Texto para Discussão nº 314, out./1993.

JACOBI, Pedro. Participação e Gerência dos Serviços de Saúde: Desafios e Limites no Município de São Paulo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26(2): 32-43, abr./jun. 1992.

JORNAL DO BRASIL. *Brasil*. Rio de Janeiro, 16 mai. 1993. Rede privada acusa rede pública.

_____. *Brasil*. Rio de Janeiro, 5 nov. 1994. FHC aposta de corpo e alma em reformas, p. 1-4.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates (org.) et alli. Saúde no Brasil: Perspectivas para a Década de 90. *Saúde e Previdência*. Série Políticas Sociais no Brasil: Avaliação e Propostas para os Anos 90. São Paulo, FUNDAP, 1991.

KOMATSU, Suely. *Subdesenvolvimento Institucional e Políticas Sociais. O Caso da Saúde Pública*. São Paulo: FGV/EAESP. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1993. 115 p.

KOWARICK, Lúcio. *Estratégias do Planejamento Social no Brasil*. São Paulo: CEBRAP, s.d. 137p.

LABRA, Maria Eliana. *O Movimento Sanitarista dos anos 20. Da Conexão Sanitária Internacional à Especialização em Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, 1978. Monografia (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1978. 410p.

LENHARDT, Gero e OFFE, Claus. Teoria do Estado e Política Social. Tentativas de Explicação Político-Sociológica para as Formas e os Processos Inovadores da Política Social. Claus Offe (org.) *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

LUZ MADEL, Terezinha. *Saúde e Instituições Médicas no Brasil. Saúde e Medicina no Brasil. Contribuição para um Debate*. (org.) Reinaldo Guimarães. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARSHALL, T.H. *Política Social*. Trad. Meton P. Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967(a).

_____. *Cidadania, Classe Social e Status*. Trad. Meton P. Gadelha. Rio de Janeiro, Zahar:1967(b).

MÉDICI, André Cezar e BRAGA, José Carlos. Políticas Sociais e Dinâmica Econômica (Elementos para uma Reflexão). *Planejamento e Políticas Públicas*. IPEA, nº-10, p. 33-90, dez. 1993.

- MÉDICI, André César. Saúde e Crise na América Latina (impactos sociais e políticas de ajustes). *Revista de administração Pública*, Rio de Janeiro, 23(3), p. 67-98, mai./jul. 1992.
- MÉDICI, André Cezar e SILVA, Luiz Barros. Seguridade Social - Velhos problemas, novos desafios. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 25(4): 69-164, out./dez, 1991.
- MENDES, Eugênio V. *O Processo de Construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária*. Brasília: OPS, 1992. mimeo. 23p.
- MERHY, Emerson e QUEIROZ, Marcos S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9(2): 177-184, abr./jun. 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais de Saúde (Resultado da Pesquisa)*. Brasília: MS/IBAM/UERJ/UFGM, 1995.
- _____. Boletim SAS: *Informativo da Secretaria de Assistência a Saúde*. Brasília, ano 1, nº 3, jun./jul. 1994.
- _____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS. Doutrinas e Princípios*. Brasília, SNAS nº 1, 1990.
- _____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS. Planejamento Local*. Brasília, SNAS nº 1, 1990.
- _____. Coletânea de Legislação Básica, nº 5. *Política de Financiamento do SUS*. Brasília, MS, 1991.
- _____. Sistema Único de Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília, MS, 1993, 67 p.
- _____. *Avançando para a Descentralização Plena da Saúde: O que Cabe ao Município*. Brasília, MS, 1994, 52 p.
- _____. *Municipalização é o Caminho. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, MS, 1993.
- _____. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1987.
- _____. *Fundo Municipal de Saúde: Guia de Referência para sua Criação e Organização*. Brasília, CONASEMS/SAS, 1993.
- _____. *Conselho de Saúde: Guia de Referência para sua Criação e Organização*. Brasília, MS/SAS, 1994.
- _____. *Municipalização é o Caminho. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1993.

- OFFE, Claus. A Democracia Partidária Competitiva e o Welfare State Keynesiano: Fatores de Estabilidade e Desorganização. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- PEÇANHA, Angela Maria de Menezes. *Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP: um estudo de desenvolvimento institucional*. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, 1976. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1976. 410p.
- PICCHIALI, Djair. *Administração Pública, Saúde Pública e os Gestores: As contradições dos Modelos Organizacionais e Autonomia de uma Classe*. São Paulo: FGV/EAESP. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1991. 178p.
- POLANYI, Karl. *A Grande Transformação - As origens da Nossa Época*. Trad. Fanny Wrobel. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campos, 1980.
- POSSAS, Cristina. *Saúde e Trabalho. A crise da Previdência Social*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hiucitec, 1989.
- POZ, Mario Roberto Dal. *Os Municípios e a Organização dos Serviços de Saúde no Brasil Frente ao Processo de Urbanização*. Rio de Janeiro: UERJ, 1980. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1980. ---p.
- RIBEIRO, José Mendes. Política de Saúde no Brasil na Década de 90 - Pontos para uma reflexão conjuntural. Rio de Janeiro, NUPES/ENSP, *Conjuntura e Saúde*, nº17, jun. 94.
- ROCHA, Juan S. Yazlle. *O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil*. Previdência em Dados, Rio de Janeiro, 3(2): 5-11 abr./jun. 1988.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos Santos. Presidente do Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência. Relatório Final. *Previdência em Dados*, Rio de Janeiro, 1(5): 3 out/dez. 1986.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: ROCCO, 1993.
- _____. A Trágica Condição da Política Social. *Política Social e Combate à Pobreza*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 1987.
- SILVA, Fernando e MAHAR, Dennis. *Saúde e Previdência Social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro, IPEA/INPS, Coleção Relatórios de Pesquisa, nº 21, 1974.
- SINGER, Paul. *Prevenir e Curar: O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1979.
- SOUZA, Celina Maria de. *Quadro Político-Institucional Nacional nos Anos 80. Políticas Públicas Baianas: Análise e Perspectivas*. 2ª ed. Salvador: Editora Universitária Americana, 1991.

- SOUZA, José Prado. *Ministério da Saúde. Um Estudo de Desenvolvimento Institucional sob o Enfoque da Análise de Sistemas*. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, 1976. Monografia (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1976. 178 pp.
- TOBAR, Federico. *Descentralização e Financiamento dos Serviços de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV/EBAP, 1995. Monografia - Versão Preliminar Aceita (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1995. 217 pp.
- TOBAR, Federico e REIS, Octávio. *Financiamento da Saúde: Os Recursos para a Saúde. Conjuntura e Saúde*, Rio de Janeiro, NUPES, out./93.
- WOLFE, Marshall. *Desenvolvimento: Para Que e Para Quem? : Indagações sobre Política e Realidade Político-Social*. Trad. João Maia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Estado e Políticas Sociais: uma abordagem marxista*. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, nº 28, ano IX, Cortez, dez. 1988.
- VIEIRA, Paulo Reis. *Em Busca de uma Teoria de Descentralização*. Rio de Janeiro: FGV, 1971.

PLANOS DE GOVERNO CONSULTADOS

- BRASIL. Comissão Vale do São Francisco. *Plano Geral para o Aproveitamento Econômico do Rio São Francisco*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1950.
- _____. Comissão Vale do São Francisco. *Contribuição do Governo do Presidente Getúlio Vargas à Recuperação Econômica do Vale do São Francisco (Programa para o Quinquênio 1951-1955)*. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1951.
- _____. *Plano Salte: Relatório de Contas da Administração Geral (1949-1951)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1953.
- _____. Conselho de Desenvolvimento. *Programa de Metas*. Rio de Janeiro: Gráfica Editora Jornal do Comércio S.A., 1958. Tomos I, II e III.
- _____. Conselho de Desenvolvimento. *Programas de Metas*. Relatórios das Atividades do Conselho de Desenvolvimento em 1958. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1958.
- _____. Presidência da República. *Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965)*. Rio de Janeiro: PR, dez. 1962, Síntese.

- _____. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. *Programa de Ação Econômica do Governo (1964-1966)*. Rio de Janeiro: Documento EPEA nº 1, nov. 1964.
- _____. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. *O Programa de Ação e as Reformas de Base*. Rio de Janeiro: Documentos EPEA, nº 3, Vol. I e II, dez. 1965.
- _____. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. *O Debate do Programa de Ação*. Secretaria Executiva do Conselho Consultivo de Planejamento. Rio de Janeiro: COPLAN. Documento de Trabalho nº 3, 1965.
- _____. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. *Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social (1967-1976)*. Rio de Janeiro: EPEA, TOMOS III, VI, VII, 1967.
- _____. *Programa Estratégico de Desenvolvimento (1968-1970)*. Área Estratégica IX, Infra-Estrutura Social, Vol. II, Educação e Recursos Humanos. Rio de Janeiro: FIBGE, 1969.
- _____. Presidência da República. *Metas e Bases para a Ação do Governo (Síntese 1970/1971)*. Rio de Janeiro: Presidência da República, FIBGE, 1970.
- _____. *I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND-1972/1974)*. Brasília: FIBGE, 1971.
- _____. Presidência da República. *I Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (I PBDCT)*. Brasília: Presidência da República, FIBGE, 1973.
- _____. *II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND-1975/1979)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1975.
- _____. *II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (II PBDCT)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1976.
- _____. *III Plano Nacional de Desenvolvimento (III PND-1980/1985)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1980.
- _____. Presidência da República. *III Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (III PBDCT)*. Ação Programada em Ciência e Tecnologia: Desenvolvimento Urbano, Habitação e Saneamento. Brasília: SEPLAN/CNPq, 1982.
- _____. *I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (I PND/NR)*. Brasília: Ed. Itamarati, 1986.
- _____. Ministério da Fazenda. *Diretrizes de Ação Governamental (1993-1995)*. Brasília: SEPLAM, 1993.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Lei 2.743 de 06/03/56: cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde.

Lei 3.750 de 11/04/60: Autoriza o Poder Executivo a Transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública.

Lei 6.229 de 17/07/75: Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde.

Lei 8.080 de 19/09/90: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Lei Orgânica da Saúde).

Lei 8.142 de 28/12/90: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Lei 8.409 de 28/02/92: Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 1992.

Decreto 100 de 16/04/91: Institui a Fundação Nacional de Saúde e aprova o estatuto e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e funções de confiança da FNS.

Decreto 809 de 24/04/93: Aprova a estrutura regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para vigência transitória.

Decreto 99.438 de 07/08/90: Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde.

Decreto 806 de 24/04/93: Reorganiza o Fundo Nacional de Saúde.

Medida Provisória 151 de 15/03/90 (art. 7º): Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da Administração Pública Federal.

Medida Provisória 261 de 08/11/90: Idem Lei 8.101 de 06/12/90.

Portaria nº 545 de 20/05/93: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

Anexo I

LISTA DE SIGLAS

a.a. - Ao Ano

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

AVEIANM - Atos de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos não Médicos

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD - Banco Mundial

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIPLAN - Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação

CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

NRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DENERU - Serviço Nacional de Endemias Rurais

DNS - Departamento Nacional de Saúde

FAE - Fundo de Apoio ao Estado

FAM - Fundo de Apoio ao Município

FAS - Fundo de apoio à Saúde

FNS - Fundação Nacional de Saúde

FSESP - Fundação Serviço de Saúde Pública

FUNABEM - Fundação Nacional do Menor

FUNRURAL - Programa de Assistência Social do Trabalhador Rural

GED - Grupo especial de Descentralização

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

ISSB - Lei Orgânica dos Serviços Sociais no Brasil

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

LOSS - Lei Orgânica dos Serviços Sociais

MP - Medida Provisória

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OPS - Organização Panamericana de Saúde
PAM - Posto de Assistência Médica
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB - Produto Interno Bruto
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
PND/NR - Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República
PNS - Plano Nacional de Saúde
PPA - Plano de Pronta Ação
PREPPS - Programa Estratégico de Preparação do Pessoal de Saúde
PREV-SAÚDE - Programa Nacional de serviços Básicos de Saúde
RCA - Recursos de Cobertura Ambulatorial
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgências
SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAMPs - Serviço de Assistência Médica da Previdência Social
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SIA/SUS - Sistema de Informações Gerenciais
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPVEA - Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUCEN - Superintendência de Controle de Endemias
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial
UDN - União Democrática Nacional
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
US - Unidade de Serviço