

## Capítulo 1

# HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

*Rosana Fiorini Puccini*

## A QUESTÃO DA SAÚDE E O ESTADO

As ciências da saúde são particularmente recentes em termos históricos, assim como suas formas de institucionalização e organização assistencial. Nesse processo, observa-se que a questão saúde passa a ser considerada como problema social, não tanto pela sua importância para a qualidade de vida, mas na proporção em que a atenção à saúde assume um caráter político e econômico no interior de estruturas socioeconômicas concretas. Este aspecto fica claro quando analisamos seu processo histórico.

As primeiras referências datam do século XVI, quando algumas economias européias passam pela Revolução Comercial e passa a ser

fundamental o desenvolvimento de ações, que pudessem contribuir para a preservação das populações. William Petty (1623-1687) e John Graunt (1602-1674) foram pensadores que se destacaram ao tratar dos aspectos sociais dos problemas de saúde e estudá-los quantitativamente. Construíram-se inteligentes procedimentos para calcular e determinar o estado de saúde das populações, com o interesse voltado para vários elementos (inclusive doença), que poderiam fazer com que o número de pessoas aumentasse ou diminuísse (Braga & Paula, 1981). Cabe lembrar que, já naquela época, o saber médico considerava a saúde como conseqüência da interação entre o corpo e o mundo que o cercava.

Vários países europeus desenvolveram práticas relacionadas com a saúde de suas populações. Na Alemanha, por exemplo, o ramo da administração de saúde recebeu o nome de *Medizinal Polizey* - Polícia Médica. Veit Ludwig von Seckendoff (1626-1692) coloca claramente que "o objetivo do governo é estabelecer certas ordenações que garantam o bem-estar do povo, pois este bem-estar, assim como a prosperidade, manifesta-se no crescimento populacional" e recomenda a tomada de medidas no sentido de salvaguardar a saúde da população, tais como manutenção e supervisão de parteiras, cuidados dispensados aos órfãos, designação de médicos e cirurgiões, proteção contra peste e outras moléstias contagiosas, controle do uso excessivo do tabaco e de bebidas alcoólicas, inspeção de alimentos, manutenção de hospitais e assistência aos pobres.

Mas é na Inglaterra onde primeiro desenvolve-se a idéia de uma assistência controlada capaz de satisfazer as necessidades de saúde de classes menos favorecidas e, ao mesmo tempo, controlar fenômenos epidêmicos, com a finalidade de proteger as classes dominantes. Com a aprovação da *Poor Law* em 1834, cria-se a *Poor Law Commission*, para a qual foi designado, como secretário, Edwin Chadwick, considerado, ainda hoje, o pai da Saúde Pública. Mesmo dispondo de conhecimento científico limitado (acreditava na teoria dos miasmas), sua ação se fez sentir através de três proposições básicas: primeira, a criação de um sistema de estatísticas vitais, que esclarecesse e orientasse a ação no tocante à redução dos níveis de mortalidade e morbidade; segunda, a idéia de que, ao abandonar a política paternalista de assistência aos pobres, o Estado deveria assumir, como seu encargo, providências necessárias para a melhoria

das condições urbanas e o fornecimento de assistência médica, principalmente preventiva; e, terceira, uma decidida campanha contra a sujeira e detritos e em favor da higiene.

O trabalho de Chadwick, que se estendeu com sua participação em outras comissões, incluiu extensas pesquisas de campo, as quais resultaram em importantes relatórios, tendo ainda elaborado leis e regulamentações, formas de fiscalização e meios para o cumprimento das mesmas. A partir desta época, inicia-se uma efetiva ação de saúde pública, corretamente orientada no sentido de que as condições socioeconômicas são determinantes dos níveis de saúde de qualquer população, definindo-se o papel do Estado no desenvolvimento de ações visando a melhoria das condições de vida (Braga & Paula, 1981).

Já mais no final do século XIX, com os trabalhos de Pasteur e Koch, surgem as mais importantes descobertas da bacteriologia, alterando significativamente as concepções sobre a causa das doenças. Estas descobertas foram fundamentais para que a ciência atingisse um outro patamar, permitindo ações efetivas em termos de diagnóstico, cura e prevenção (como as vacinas, por exemplo). Por outro lado, este "cientificismo", dominante no início do século XX, desacelerou o desenvolvimento do conceito da multicausalidade e a compreensão atual da saúde-doença enquanto um processo social, no qual a produção da doença se dá no contexto da própria vida do homem, em suas relações com a natureza para transformá-la e em suas relações com outros homens na constituição da sociedade.

Assim, o progresso da ciência, somado ao desenvolvimento capitalista da época, determinam a formulação de novas teorias sobre a prevenção de doenças, novas propostas sobre a organização e distribuição dos serviços de saúde, bem como reformas nos currículos de Medicina.

## A EDUCAÇÃO MÉDICA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Dois informes publicados no início do século XX tiveram enorme repercussão nos modelos de organização dos serviços de Saúde Pública e na educação médica da América Latina (Organização..., 1990; Marsiglia, 1995).

O primeiro informe, elaborado por Abrahan Flexner - educador graduado na Universidade Johns Hopkins - abordava aspectos estruturais e da organização das Faculdades de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. As conclusões deste estudo tiveram significativa influência na formação médica nesses países e, posteriormente, na América Latina como um todo.

O modelo flexneriano recomendava uma sólida formação em Ciências Básicas nos primeiros anos dos cursos de Medicina, como ocorria nas escolas alemãs. Pouca ênfase era dada aos aspectos de prevenção e promoção da saúde da comunidade, concentrando-se na atenção médica individual. Outra recomendação com grande repercussão foi a importância dada à aprendizagem intra-hospitalar e, para tal, a necessidade de que as Faculdades de Medicina tivessem seu próprio hospital de ensino com grande número de leitos. A utilização de outras unidades fora do hospital foi considerada inapropriada para a educação médica. A organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade e a fragmentação da atenção constituíram-se em características importantes desse modelo.

As idéias de Flexner vão interferir também no processo de estabelecimento de escolas de Saúde Pública que, segundo o autor, deveriam voltar-se para os aspectos mais práticos e administrativos da saúde. Sua preocupação, entretanto, centrou-se principalmente na excelência técnica das especialidades clínicas orientadas para o indivíduo.

O segundo informe, preparado em 1920 por Bertrand Dawson (Dawson, 1920), médico do Conselho Consultivo do Ministério da Saúde da Inglaterra, seguiu uma linha bem diferente e foi influenciado pela primeira

legislação de Saúde Pública, baseada no relatório de Chadwick sobre as condições de saúde da população, que impulsionou a criação dos conselhos locais e conselho central de saúde. Este informe propunha a reestruturação dos serviços segundo alguns princípios:

- . o Estado como provedor e órgão encarregado do controle das políticas de saúde;
- . a orientação para o desenvolvimento do trabalho em equipe ou esforços coordenados;
- . desenvolvimento de serviços regionalizados, partindo-se de uma unidade com médico geral e articulado a unidades mais especializadas, hospitalares e de reabilitação;
- . o médico geral deveria exercer, ao mesmo tempo, ações destinadas ao indivíduo e à comunidade.

É interessante notar que, transcorridos mais de 80 anos, muitas destas premissas continuam sendo válidas. Dawson descrevia que “A disponibilidade geral dos serviços médicos só poderia ser garantida através de uma organização nova e ampliada em função das necessidades da comunidade”. Levantava ainda a questão da relação custo/benefício e aspectos atuais referentes à acessibilidade e à regionalização.

Nos Estados Unidos, prevaleceu o modelo flexneriano, implantado com recursos de fundações privadas. As faculdades de Medicina, que não pudessem se adequar às novas exigências, eram orientadas para serem fechadas. Este momento influenciou, sem dúvida, a formação das demais áreas da saúde e, segundo Guerra de Macedo (1985), tiveram conseqüências e resultados muito importantes. Baseado em um paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, este movimento gerou, entre outras coisas, o culto à enfermidade e não à saúde e a devoção à tecnologia, com a presunção ilusória de que seria o centro da atividade científica e da assistência à saúde.

A partir dos anos 60, depois de cinco décadas do informe de Flexner (Flexner, 1910), começa também nos Estados Unidos o estímulo à criação de departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades, orientando os

estudantes para programas médico-sociais. Este movimento também teve grande influência na América Latina, patrocinado em grande parte pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

A maioria desses programas, entretanto, limitou-se a prestar serviços em comunidades através de Centros de Saúde-Escola, sem uma participação efetiva e real das organizações regularmente estabelecidas, como secretarias municipais ou estaduais de saúde, e, distanciados das atividades de outros departamentos clínicos, tiveram pouca influência no currículo de Medicina em grande parte dos países, incluindo o Brasil (Marsiglia, 1995).

## A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata a Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde. A Conferência, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), contou com a participação de representantes de 134 governos e de 67 organismos internacionais (Organização..., 1978).

Um dos fatores preponderantes que levaram a OMS e o UNICEF à realização da Conferência foi a necessidade de rever suas atuações junto aos governos de diferentes países, frente às estimativas de que, nesta década de 70, cerca de 85% das populações de zonas rurais e de outros grupos menos favorecidos, não tinham acesso a serviços de saúde e que esta situação tenderia a agravar-se, nos anos seguintes, nos países em desenvolvimento (Organização..., 1981).

As conclusões desta Conferência foram sintetizadas na Declaração de Alma-Ata, que elegeu a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto estratégia de planejamento, funcionamento ou programação do essencial para os serviços de saúde visando a "Saúde para Todos no Ano 2000". A APS foi definida como "assistência sanitária essencial baseada em métodos e

tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitas, posta ao alcance dos indivíduos, famílias e comunidades, mediante plena participação, a um custo que o país possa suportar. Deve estar vinculada a todas as etapas do plano de desenvolvimento nacional” (Organização..., 1978).

A APS reconhece que a saúde resulta essencialmente do desenvolvimento socioeconômico, identifica as desigualdades econômicas e sociais entre países e regiões de um mesmo país, bem como recomenda que o Estado venha garantir a saúde para todos; por último, propõe que as políticas sanitárias sejam revistas, avaliando-se a racionalização organizacional, a eficiência produtiva e a adequação tecnológica às necessidades da população, incorporando a participação política dos cidadãos.

Hoje, ainda que diante de novos desafios decorrentes de uma realidade mais complexa, marcada por um aprofundamento das desigualdades sociais no mundo todo e internamente nos países em desenvolvimento, com mudanças significativas no perfil epidemiológico e no conhecimento científico referente às causas, diagnóstico e tratamento das doenças, deve-se reconhecer que a Declaração de Alma-Ata representou um marco internacional na saúde e, recomendações como a universalização, regionalização, hierarquização em níveis crescentes de complexidade e, sobretudo o controle social, influenciaram políticas e movimentos de saúde de vários países.

## A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, a saúde emerge como questão social no processo da economia cafeeira, no final do século XIX. Do ponto de vista do atendimento à saúde, o primeiro destes aspectos parecia ter, como problema crucial, o saneamento dos portos e núcleos urbanos, como Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, vinculados ao segmento comercial-financeiro do complexo

exportador e ao capital industrial nascente (Braga & Paula, 1981).

Rodrigues Alves, ao assumir a presidência em 1902, estabeleceu um amplo programa de obras públicas, incluindo o saneamento do Rio de Janeiro. Em 1903, Oswaldo Cruz inicia o combate à febre amarela urbana, já realizado em 1892 por Emílio Ribas em São Paulo. Tratava-se de uma organização assistencial marcada pela exclusão dos pobres no acesso à atenção médica propriamente dita e visava, sobretudo, a luta contra as endemias (cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, tuberculose, hanseníase e febre tifóide). Em 1904, é promulgada a lei de vacinação obrigatória contra a varíola e criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, resultante de ampla reforma dos Serviços Sanitários.

Em 1923, Carlos Chagas busca ampliar o atendimento à saúde por parte da União, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo como suas atribuições: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e combate às endemias rurais. Estas definições apontavam na direção da centralização e da transformação da saúde em questão nacional, entretanto, não entraram em vigor e só prosseguiram com soluções de caráter local, segundo as unidades federadas.

Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, essencialmente voltado à realização de campanhas sanitárias, impõe-se aos estados e municípios uma estrutura de assistência às patologias endêmicas em dispensários ou centros de saúde. Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, constituído pelos serviços nacionais de tuberculose, peste, malária, hanseníase, câncer, doenças mentais, febre amarela, além de serviços de educação sanitária, fiscalização da Medicina e bioestatística.

Paralelamente a essas ações de saúde coletiva, e de forma totalmente dicotômica, desenvolve-se o sistema previdenciário. Após a lei da indenização de acidente de trabalho promulgada em 1919 e a Lei nº 4.682 - Lei Elói Chaves, criam-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que vão se constituir no embrião do seguro social no Brasil. As CAPs eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos apresentavam base atuarial para mantê-las. Eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Estavam previstos os seguintes

benefícios: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes de empregados e auxílio pecuniário para funeral.

Uma conjunção de fatores, entre os quais o contexto político do Estado Novo, acentua o caráter nacional do Estado e, em 1930, criam-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são organizações de segurados por categorias de empresas: Marítimos (1933), Comerciantes (1934), Bancários (1934) e outros, todos supervisionados e controlados por órgãos vinculados ao Ministério do Trabalho. Essas alterações configuram um quadro qualitativamente distinto das CAPs, evidenciando-se a extensão progressiva a todos os assalariados urbanos, a quebra do vínculo entre empregado e respectivo empregador e, fundamentalmente, o deslocamento definitivo do sistema previdenciário para a esfera do Estado através da subordinação dos IAPs ao Ministério do Trabalho.

A organização dos institutos, embora obedecesse a um padrão geral de atribuição de direitos e deveres aos segurados, não garantia a uniformidade de seus serviços. Os graus de extensão e a qualidade desses serviços dependiam da disponibilidade de recursos não utilizados e absorvidos pelos auxílios pecuniários. Essa disponibilidade era marcadamente diferente entre as categorias de trabalhadores, determinando diferenças também na assistência à saúde, especialmente atenção médica. Configura-se, portanto, uma situação de desigualdade entre os beneficiários de cada instituto na estrutura previdenciária e uma crescente reivindicação por igualdade e extensão de benefícios, na direção da uniformização e unificação destes institutos. Em 1947 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e é feita uma tentativa de unificação da Previdência, que só vai se concretizar posteriormente.

Até 1950, o sistema previdenciário vivia uma situação de relativo equilíbrio financeiro, quando se inicia uma grave crise econômico-financeira. Contribuiu para esta crise o intenso processo de urbanização e o expressivo aumento de assalariados que encontravam no sistema previdenciário um complemento indispensável às suas rendas, particularmente no consumo de serviços médicos. Estes serviços passam a representar proporções cada vez maiores das despesas totais dos institutos, ressaltando-se que esta elevação

ocorre, principalmente, devido à crescente vinculação com as práticas médicas mais tecnificadas e maior consumo de produtos da indústria de equipamentos e medicamentos.

Essa expansão da Medicina Previdenciária ocorria tendo como base uma crescente estrutura de atendimento hospitalar, basicamente de natureza privada, apontando na direção da formação das empresas médicas. Assim, o hospital assumiu posição central na prestação de serviço de saúde e, no final da década de 50, definia-se como o local de encontro de diversas especialidades médicas entre si. Fica, assim, estabelecida uma desintegração entre ações de saúde coletiva e individual, prevalecendo uma estrutura de assistência médica hospitalar, marcada pela compra de serviços privados, incentivando uma concepção mercantil da saúde.

Nos anos 60, agrava-se a crise do setor que, somada a uma conjuntura política centralizadora imposta pela ditadura militar, constitui-se num dos fatores principais para a criação do INPS, produto da fusão dos IAPs, que estabelece a uniformização dos auxílios a todos os previdenciários. Nesse momento, a assistência médica é concedida a todos os trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho e seus dependentes, entretanto, pouca importância é dada às medidas de atenção coletiva, verificando-se uma participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União. Aceleraram-se os contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado por meio de convênios com hospitais e clínicas da rede privada ou convênios com empresas, no sentido de manter serviço próprio ou contratado para o atendimento de seus empregados (Medicina de Grupo).

A tentativa de superar tais problemas deu origem a várias intervenções do Estado. O Ministério da Saúde, de acordo com o Decreto-Lei nº 200, de fevereiro de 1968, ao qual cabia a competência para formular a Política Nacional de Saúde, procurou recuperar sua função legal por meio de esforços de reorganização dos Serviços de Saúde, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), Lei nº 6.229 de 17 de Julho de 1975, que era definido como o “complexo de serviços do setor público e privado, voltado para as ações de interesse da saúde” (Brasil..., 1975; Campos & Yunes, 1989).

O objetivo da criação do SNS era organizar todas as atividades voltadas

para a saúde, integrando-as em um conjunto harmônico. Para isso deveriam ser definidas, de modo claro e preciso, as competências específicas de cada Ministério com responsabilidade no campo da saúde. De acordo com esta lei, o SNS assume, de forma explícita, a dicotomia entre as ações de caráter coletivo, sob ação do Ministério da Saúde, e a atuação voltada para o atendimento médico-assistencial individualizado para os previdenciários, sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social. Esta Lei não previa nenhuma forma de assistência à saúde à população não previdenciária.

A necessidade de reduzir os gastos com a Previdência e a busca de maior organicidade diante de uma demanda sem limites, sobretudo porque a questão saúde não é tratada globalmente, resultam na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1978, em cuja estrutura o INPS passa a responder apenas pela Previdência, ficando a assistência médica com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Fazem parte ainda do SINPAS: Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS). Como órgão autônomo, integrou também a estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social a Central de Medicamentos (CEME).

A crise política agravava-se nesse período. As estruturas impostas com o golpe militar em 1964 já não conseguiam absorver as demandas políticas e sociais que propunham mudanças no modelo previdenciário e sanitário. Ressurgiam os movimentos populares de saúde, movimento sanitário, movimento sindical e movimento estudantil. Reivindicavam maior participação da população nos órgãos de decisão e aumento de atribuições do setor público na prestação dos serviços de saúde. Estes movimentos lutavam, principalmente, pela redemocratização do país e por eleições diretas em todos os níveis.

## A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OS ANOS 90

A crise e os problemas da área de saúde avolumavam-se no final dos anos 70 e início da década de 80. Uma das tentativas de responder a algumas das reivindicações da área da saúde foi, especificamente, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), no qual técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social propunham a restauração e ampliação dos serviços de saúde, incluindo saneamento e habitação, com a qual se buscou uma reformulação da política e da participação comunitária como instrumentos estratégicos para alcançar a "Saúde para todos no ano 2000" (Campos & Yunes, 1989).

Este plano sofreu uma série de modificações e jamais foi implantado. A crise da Previdência continuou e a impossibilidade política de reverter este quadro levou a mais uma tentativa de racionalizar a assistência previdenciária com medidas político-institucionais. Foi criado então o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em 02 de Setembro de 1981 (Decreto nº 86.329), que tinha competência para organizar e aperfeiçoar a assistência médica, sugerir critérios de alocação dos recursos, recomendar políticas de financiamentos e de assistência à saúde, bem como avaliar e controlar os resultados obtidos.

As mudanças propostas pelo CONASP compuseram o "Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social", em 1982. Além da redução dos gastos, o plano propunha a melhoria da qualidade dos serviços, a extensão da cobertura à população rural e assumia a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do Sistema de Saúde. Aumentaram as alíquotas de arrecadação dos empregados e os aposentados passaram também a ter descontos compulsórios. Alguns conceitos e estratégias presentes no PREV-SAÚDE foram contemplados também neste Plano: regionalização, hierarquização, mecanismo de referência e contra-referência, descentralização do planejamento e execução e montagem de um

sistema de auditoria médico-assistencial.

Para criar uma rede única de serviços ambulatoriais, foi estimulado o estabelecimento de convênios trilaterais entre Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. A operacionalização dos convênios trilaterais ficou sob a responsabilidade do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) e, para garantir e efetiva participação de todos os órgãos, foram criadas comissões colegiadas interinstitucionais em nível central (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN), em nível estadual (Comissão Interinstitucional Estadual de Saúde - CIES), regional (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde - CRIS), municipal (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) e local (Comissão Local Interinstitucional de Saúde - CLIS).

Entre 1983 e 1986 intensificam-se convênios entre as secretarias estaduais e municipais de saúde, levando maiores recursos e, portanto, maior poder de decisão aos municípios (São Paulo, 1986). Em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, ainda que o repasse financeiro por parte do INAMPS representasse pouco frente ao que estava destinado para os prestadores de serviços privados, representou para o nível local um grande aporte de recursos, tendo em vista os poucos orçamentos da imensa maioria dos municípios.

Todas estas transformações do sistema, as experiências positivas de descentralização, o movimento e organização dos municípios, agora mais atuantes na área de saúde, constituíram-se em fatores que, somados às propostas da "VIII Conferência Nacional da Saúde" e à composição política do Congresso Nacional na Constituinte, determinaram os principais pontos contidos na Lei do SUS (Conferência..., 1986).

Com a promulgação da Constituição, o Brasil passa a contar com modernas diretrizes de saúde. Pela atual Carta Magna, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

Os serviços de saúde são qualificados como de relevância pública,

prevendo-se a participação necessária de setores públicos de todos os níveis, ao lado de organizações sociais e de toda comunidade. Supera-se a concepção que reduzia os cuidados de saúde ao oferecimento de serviços médico-hospitalares que os mais ricos podiam comprar e os mais pobres receberiam, precariamente, como um favor do Estado e na dependência de sobras orçamentárias. De acordo com a nova lei, a saúde deixa de ser uma contraprestação devida pelo Estado aos trabalhadores que contribuíam para o sistema da previdência social. A Constituição de 1988 registra esse avanço, proclamando a existência do direito à saúde, como um dos direitos fundamentais da pessoa humana (Carvalho & Santos, 1992).

Em 1990, a Lei nº 8.080 (LOS) (Brasil..., 1990a) "regula, em todo território nacional, as ações de saúde executadas isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado". A descentralização político-administrativa das ações e serviços públicos de saúde é a espinha dorsal do Sistema Único de Saúde (Brasil..., 1990a). A LOS define as competências de cada esfera de Governo e, inegavelmente, foram ampliadas as responsabilidades sanitárias do poder local. A LOS estipula a existência de um comando único a cada nível do governo e atribui ao município a gerência e a execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial, o que cria uma responsabilidade do poder local com a atenção coletiva e individual (básica, especializada e hospitalar).

Nesse mesmo ano, a Lei nº 8.142/90 (Brasil..., 1990b) garante a participação da comunidade na gestão descentralizada do SUS, com a realização de conferências e conselhos de saúde - nacional, estaduais e municipais - que "compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, têm a atribuição de, em caráter permanente e deliberativo, atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos..." (Brasil..., 1990b).

Em 1991 é editada a Norma Operacional nº 1 (NOB 01/91) (Brasil..., 1991). As normas operacionais constituem-se em instrumento jurídico institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, aprovado no Conselho Nacional de Saúde, para normatizar o SUS, definindo novos

objetivos estratégicos, prioridades e diretrizes, regulando as relações entre os gestores (Brasil..., 1991). Esta NOB-91 pode ser considerada uma reação do Ministério de Saúde à descentralização que vinha ocorrendo. Adota-se um sistema de repasse de recursos para os municípios muito semelhante ao já utilizado para o pagamento dos hospitais e clínicas privadas pelo INAMPS que, nessa ocasião, ainda não havia sido extinto. Este sistema trouxe para o setor público elementos da lógica de mercado, isto é, o dirigente local que quisesse obter maior volume de recursos teria que adotar uma racionalidade semelhante à dos serviços privados conveniados com o SUS - incentivar atos mais remunerados, reprimir ou não realizar procedimentos custosos ou pouco rentáveis, como por exemplo as ações de saúde coletiva ou saúde mental e reabilitação, ampliar o pronto-atendimento centrado em grande número de consultas médicas com escassa utilização de procedimentos mais complexos (Campos, 1992).

Não houve, portanto, uma contrapartida financeira que garantisse a plena execução da autonomia gerencial. O controle e a supervisão dos contratos e convênios do SUS com o setor privado, responsável por grande parte do atendimento hospitalar, não foram delegados para os municípios. A desarticulação entre poder local e área hospitalar agravou a organização dos sistemas locais à medida que tornava quase impraticável operacionalizar a referência e contra-referência, criar normas e critérios para o relacionamento entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Na prática, o sistema de financiamento adotado pelo Ministério da Saúde acabou por definir as ações que deveriam ser priorizadas, em função do possível retorno financeiro a ser obtido, mesmo com a participação da comunidade garantida em lei. Ao mesmo tempo, os municípios, pagos diretamente pelo Ministério de Saúde - não como gestores, mas sim como prestadores - vêem o apoio dos estados serem afastados da gestão municipal. A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, colocou como tema central - "Municipalização é o Caminho". Analisou e aprofundou as discussões sobre esse momento difícil de resistência às conquistas da década anterior (Conferência..., 1992).

Posteriormente, a NOB-93 (Brasil..., 1993) desencadeia um processo de municipalização com habilitação dos municípios segundo três tipos de gestão - incipiente, parcial e semiplena, com graus crescentes de autonomia

sobre os recursos. Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena. Define municípios e estados como gestores e são constituídas as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) - de âmbito estadual e Tripartite (CIT) - de âmbito nacional. Ainda que apresente alguns avanços, mantém-se excessiva centralização, à medida que poucos municípios apresentam a condição de gestão semiplena, isto é, a maioria continua na condição de prestador sujeita aos repasses por produção - variáveis, pagos após a prestação dos serviços, muitas vezes com atrasos. Além disso, os municípios, mesmo os de gestão semiplena, continuam não sendo responsáveis pelo controle dos serviços privados de seus territórios, estes em grande parte atuantes na área hospitalar, impedindo o pleno desenvolvimento dos sistemas municipais que incluíssem todos os níveis de complexidade (Brasil..., 1993).

Posteriormente, é editada a NOB-96 (Brasil..., 1996) que coloca entre seus objetivos a superação do papel exclusivo de prestadores de serviços dos municípios, possibilitando que assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS, ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base na Programação Pactuada Integrada (PPI), fortalecendo as comissões intergestoras como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores; coloca ainda, a superação dos mecanismos centrados no faturamento de serviços produzidos e valorização dos resultados com critérios epidemiológicos.

Com esta norma operacional ficam estabelecidos dois tipos de gestão - plena de atenção básica e plena do sistema municipal. Para o repasse de recursos na gestão plena de atenção básica, cria-se o Piso Assistencial Básico (PAB) que se destina ao custeio de procedimentos da atenção básica, calculado pela multiplicação da população do município (fornecida pelo IBGE) por um valor *per capita* nacional. O município tem como atribuições a contratação, controle, auditoria e pagamento de serviços contidos no PAB. Para os municípios em gestão plena do sistema municipal, o repasse de recursos tem como base o Teto Financeiro de Assistência do Município (TFAM), e cabe ao município a contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Em ambas as formas de gestão, a habilitação dos municípios é feita com

base em requisitos - Conselho e Fundo Municipal de Saúde, capacidade técnica e administrativa comprovada na área da saúde, incluindo auditoria, Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e comprovação de dotação orçamentária correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal. Esta NOB cria também incentivos financeiros e desenvolvimento de programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Esta regulamentação aprimora a gestão do SUS e apresenta alguns avanços no que se refere à descentralização e à definição do papel dos municípios. Entretanto, algumas questões ainda não estão resolvidas e comprometem a implementação do Sistema. Na prática, não ocorreu alteração no montante de recursos repassados aos municípios, o que pode determinar uma falta de estímulo à elaboração da Programação Pactuada Integrada, se não existir uma fonte de recursos adicionais aos já existentes. Os incentivos financeiros que interferem no modelo assistencial e não consideram as especificidades de cada realidade municipal, acabam por trazer de volta a idéia de programas verticais, tão combatidos em décadas anteriores.

Analisando os recursos globais destinados à saúde, verifica-se que houve, de fato, um acréscimo nestes últimos 20 anos, elevando o gasto *per capita* nesse período, entretanto, manteve-se a mesma porcentagem em relação ao PIB (próximo de 2,0%) abaixo de vários países da América Latina. É interessante observar que na composição destes recursos 70% provêm da União, os estados quase não aumentaram o volume de recursos, enquanto que os municípios praticamente duplicaram seus gastos nesta área (Medici, 1994). A partir de 1997, com o início da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) esperava-se um incremento significativo de recursos, porém parte deles foi destinada para outros fins (Mendes, Carvalho, Marques, 1997).

O processo de consolidação do SUS vem, desde a promulgação da Lei em 1988, sofrendo avanços e retrocessos na dependência de uma conjunção de fatores, entre os quais interesses diversos envolvendo indústrias de equipamentos, medicamentos, medicina privada, particularmente empresas de seguro-saúde, e a definição do papel do Estado na área da saúde e em outras políticas de áreas sociais. Os princípios do SUS como equidade, acesso

universal a todos os níveis de complexidade dos serviços e integralidade das ações estão ainda distantes de seu pleno cumprimento, mas são inquestionáveis e devem se constituir em metas a serem atingidas.

Estas questões e a existência de diferentes estágios de gestão municipal, diferentes graus de descentralização nos estados e conseqüente superposição de responsabilidades constituem-se em entraves na implantação do SUS, mas compreende-se, também, que o enfrentamento destas e de outras dificuldades é um processo de construção deste Sistema, resultante do efetivo controle social e de políticas públicas definidas em todas as esferas de Governo, voltadas aos interesses da sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G.- *Saúde e previdência; estudos de política social*. São Paulo, CEBES/Hucitec, 1981.
- BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Sistema Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1975.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 86.329, de 2 de setembro de 1981.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República, Brasília, DF, 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República. Brasília, DF, 1990b.
- BRASIL. Portaria nº 1.481, de 7 de janeiro de 1991. (NOB 01/91)
- BRASIL. Portaria nº 543, de 24 de maio de 1993. Brasília, 1993. (NOB 01/93).
- BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. (NOB 01/96)
- CAMPOS, G.W.S.- O Estado e a atenção à saúde; conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: \_\_\_\_\_ - *Reforma da reforma; repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CAMPOS, O. & YUNES, J.- Sistema nacional de saúde; situação atual e perspectivas. In: NÓBREGA, F.J. & LEONE, C.- *Assistência primária em pediatria*. São Paulo, Artes Médicas, 1989.
- CARVALHO, G.I. & SANTOS, L.- *Sistema Único de Saúde; comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9. Brasília, 1992
- DAWSON, B.- *Informe Dawson sobre o futuro dos serviços médicos*. 1920.
- FLEXNER, A.- *The Flexner report on medical education in the United States and Canada*. Washington, 1910. (Informe apresentado à Fundação Carnegie para o progresso do ensino)
- GUERRA DE MACEDO, D.- La universidad y salud para todos el año 2000. *Bol Oficina Sanit Panam.*, 99:209-16, 1985.
- MARSIGLIA, R.G.- *Relação ensino/serviços; dez anos de integração docente-assistencial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1995.
- MEDICI, A.C.- *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil; balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo, Universidade São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994. (AdSaúde - Série Temática)
- MENDES, A.; CARVALHO, G.; MARQUES, R.M.- *O financiamento do SUS; princípios, série histórica e propostas*. São Paulo, 1997. (mimeo)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - UNICEF. *Atención primaria de salud*. Alma-Ata (1978). Genebra, 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *El sistema sanitario de la atención primaria de la salud*. Genebra, 1981. (Cuadernos de Salud Pública, 80)
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Acciones integradas en los sistemas locales de salud*. Washington, 1990. (Cuaderno técnico, 31)
- SÃO PAULO - Interior. *Rev. Secr. Neg. Inter.*, 7:2-8, 1986.