

## A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**AUTORES:** Arthur Chioro e Alfredo Scaff\*

(\*Médicos Sanitaristas. Prof.s de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Santos / Diretores da ConSaúde.)

### ÍNDICE

01. A crise da saúde tem história
02. Assistência médica (previdenciária) X Saúde Pública
03. O movimento da reforma sanitária
04. A saúde na década de 80
05. A crise da previdência e as AIS
06. A VIII Conferência Nacional de Saúde
07. O SUDS
08. A Constituição de 1988 e a regulamentação do SUS
09. Por que um Sistema Único de Saúde?
10. O Sistema Único de Saúde - SUS
11. Por que Sistema Único?
12. Qual é a doutrina do SUS?
13. Quais são os princípios que regem a organização do SUS?
14. A era Collor
15. As normas operacionais básicas e o avanço da municipalização da saúde
16. FHC e o Governo da Doença (O avanço do projeto neoliberal)
17. O futuro do SUS
18. Bibliografia

(Nossos agradecimentos especiais pela revisão e sugestões ao Dr. Gilson de Cássia Carvalho e ao Dr. José Luiz Riani da Costa)

## 01. A CRISE DA SAÚDE TEM HISTÓRIA

Para entendermos a política de saúde em nosso país, é preciso ir além da análise da crise e da conjuntura atual. Exige-se uma incursão retrospectiva através da história da saúde e do próprio Brasil.

No início deste século, o Brasil era assolado por epidemias causadas por doenças infecto-contagiosas, como malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses, etc.

O que se exigia do sistema de saúde no início deste século era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, pois o modelo agroexportador dominava a economia brasileira, baseado na exploração da cana-de-açúcar e do café.

Do final do século XIX até metade dos anos 60, praticou-se como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista, de inspiração militar, que visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, implantados com muito sucesso por eminentes sanitaristas, tais como Oswaldo Cruz (que combateu a febre amarela no Rio, em 1903, e que dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904); Rodrigues Alves (saneamento do Rio, em 1902); Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito (saneamento da cidade e do porto de Santos, em 1906); Guilherme Álvaro, etc.. Em 1897, foram criados os institutos de Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças.

Em 1923, as ações de Saúde Pública foram vinculadas ao Ministério da Justiça, em reforma promovida por Carlos Chagas, incluindo-se como responsabilidade do Estado, além do controle das endemias e epidemias, a fiscalização de alimentos e o controle dos portos e fronteiras.

Em 1930, a saúde pública foi anexada ao Ministério da Educação, através do Departamento Nacional de Saúde Pública. Na década de 30, surgiram inúmeros sanatórios para tratamento de doenças como a tuberculose e a hanseníase, somando-se aos manicômios públicos já existentes, caracterizando a inclusão do modelo hospitalar de assistência médica. Foi neste período que surgiram também os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, implantando-se, progressivamente, uma rede de postos e centros de saúde estaduais, voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas.

Um marco nas ações de saúde pública foi a criação da Fundação SESP, em 1942, que possibilitou importante interiorização das ações de saúde no Norte e Nordeste do país, financiadas com recursos dos EUA interessados na extração da borracha e manganês, num momento crucial (II guerra mundial) e em que a malária estava descontrolada.

Em 1953, finalmente, foi criado o Ministério da Saúde, justificado pelo crescimento das ações de saúde pública. Progressivamente, foi ocorrendo um esvaziamento das ações campanhistas e um importante crescimento da atenção médica da Previdência Social, o que determinou a conformação de um novo modelo hegemônico na saúde: o modelo médico-assistencial privatista.

## **02. ASSISTÊNCIA MÉDICA (PREVIDENCIÁRIA) X SAÚDE PÚBLICA**

Até a década de 20, aqueles que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Aos despossuídos restavam duas alternativas: a medicina popular (leigos, curadores, práticos, benzedeiros, etc.) ou o auxílio das Santas Casas de Misericórdias, destinadas ao tratamento e amparo aos indigentes e pobres.

O processo de industrialização que pôs fim ao modelo econômico agroexportador induziu o aparecimento da assistência médica da Previdência Social.

Em 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, surge a Previdência Social no Brasil e cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões, dos Ferroviários, a qual seguiram-se outras CAP's. formadas por categorias urbanas, com maior poder de mobilização e pressão.

As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários (1% da renda) e trabalhadores (3%). Em 1930, já existiam 47 CAP's mas que davam cobertura a apenas 142.464 beneficiários.

Em 1936, o país contava com 183 CAP's, mas a imensa maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde, restando-lhes a compra de serviços privados, o amparo das instituições de benemerência ou a desassistência.

A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, sob a doutrina do seguro e com orientação de economia dos gastos, teve início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas. O primeiro IAP foi o dos marítimos, criado em 1933, seguindo-se o dos comerciários e bancários (1934), industriários (1936) e o dos servidores do Estado e trabalhadores em transporte de cargas (1938).

Nas CAP's a assistência médica era uma atribuição central e obrigatória. Nos IAP's assumiu caráter secundário (principalmente no período de 30-45), pois o que se objetivava era a contenção de gastos, num regime de capitalização.

Os recursos financeiros dos IAP's passaram a ter uma fonte tripartite (Estado, empresa e trabalhadores) e foram utilizados para o desenvolvimento da indústria de base, fundamental para o sucesso da industrialização e do capitalismo no Brasil. A capitalização da Previdência transformou-a em sócia privilegiada do Estado, das empresas estatais que começavam a surgir e das privadas que destas dependiam.

Além disso, a industrialização acelerada vivida pelo país e a migração da população do campo para as cidades, principalmente a partir da década de 50, fez com que a demanda por assistência médica aumentasse drasticamente. Era preciso atuar sobre o corpo e garantir a capacidade produtiva do trabalhador. Já não bastava sanear o espaço de circulação das mercadorias.

Durante o segundo governo Vargas e o de JK, os IAP's experimentaram considerável ampliação de sua estrutura, principalmente a hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foram construídos neste período. Concomitantemente, cada vez adotava-se mais o modelo de saúde americano, incorporando-se indiscriminadamente tecnologia numa visão de saúde hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

O sanitarismo campanhista não respondia mais às necessidades de uma economia industrializada, que foi sendo concebida concomitantemente com a mudança da previdência social.

Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência que garantiu a uniformização dos benefícios. Mas as condições concretas para a implantação do novo modelo surgem com a instauração da Ditadura Militar, a partir de 1964. Incrementou-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

Os IAP's foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, uniformizando benefícios que eram bastante diferenciados entre as corporações, modificações possíveis em função do caráter autoritário, da concomitância do "milagre econômico" e do apoio de vários atores (tecnoburocracia, donos de serviços, indústria médica, etc.).

A criação do INPS permitiu:

- extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural

- privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública;
- criação de um complexo médico-industrial;
- organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde;

Ao mesmo tempo que ampliava-se a cobertura, desnudava-se o caráter discriminatório da Política de Saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, a qualidade e quantidade de serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientela dentro de cada uma destas. Surgem, também, diferentes formas de contratação do setor privado.

A partir de 1974, terminado o período do milagre econômico, inicia-se, lenta e progressivamente, a abertura política, questionando-se a política social do governo e a repercussão dos efeitos do modelo econômico adotado sobre a saúde. A partir deste ano ocorreu a separação da área do trabalho (que até então era a responsável pela assistência médica no país) da área da previdência, com a criação do Ministério da Previdência Social.

Além disso, em 1974, houve a implantação do Plano de Pronta Ação que propunha a universalização da atenção às urgências e estabeleceu contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios, inclusive passando a remunerar hospitais públicos e universitários.

Foi criado ainda o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), utilizado para financiar a expansão do parque hospitalar privado (de alta complexidade e tecnologia) com recursos da previdência e de forma subsidiada.

Começaram a surgir ainda as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa (que assume a responsabilidade sobre a assistência médica em troca de subsídios da Previdência) e a Medicina de Grupo.

Em 1975, foram estabelecidas as competências da iniciativa privada e as do setor estatal na área da saúde, através da divisão de competência para as ações de saúde pública (não rentáveis) e as de atenção médica (rentáveis), com a intermediação pela Previdência Social.

Em 1977, criou-se o SINPAS - Sistema Nacional da Previdência Social, base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando a Previdência e procurando racionalizar e centralizar administrativamente a previdência . Foram criados:

DATAPREV- empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

CEME - Central de Medicamentos.

IAPAS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social.

FUNRURAL -

LBA - Legião Brasileira de Assistência.

A lógica desse sistema que caracterizou a década de 70 era baseada no Estado (como grande financiador da saúde através da Previdência Social), no setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médica) e no setor privado internacional (produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos). Mas, neste período, este modelo já começou a apresentar graves problemas, determinados:

- pela grave crise financeira, com origem nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento (unidades de serviços), desvios de verbas da previdência para megaprojetos do governo, acordos espúrios com o sistema financeiro, aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado, etc.

- por excluir parcelas expressivas da população e não ser capaz de alterar os perfis de morbimortalidade;

- pela piora do quadro econômico pós-milagre e os custos crescentes do modelo adotado;

- pela abertura política e o reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura.

Na década de 70, portanto, o país apresentava um modelo hegemônico: médico assistencial-privatista. Mas é também neste período que surgem os alicerces político-ideológicos para o surgimento do movimento da Reforma Sanitária.

### **03. O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA**

É sempre difícil, ou mesmo impossível, estabelecer com fidelidade o marco inicial de um movimento social.

É o que se dá em relação ao Movimento da Reforma Sanitária. Diversos atores, formulações teóricas, diferentes processos, lutas políticas, experiências práticas, etc., foram forjando o nascimento deste movimento.

Ainda sob vigência da Ditadura Militar, começam a surgir em vários municípios experiências de implantação de redes de atenção básica à saúde, a partir da ação de profissionais da área de saúde coletiva que ocupam importantes espaços institucionais abertos por novos prefeitos municipais eleitos pelo MDB a partir de 1975/76.

A partir de 1978, surge a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela OMS.

Em nosso país, essa proposta coincidia com a necessidade de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas, especialmente as que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.



Desenvolvia-se a partir daí a proposta de atenção primária seletiva, com recursos marginais, para populações marginais, com tecnologias baratas e simples, pessoal com baixa qualificação e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo, distante da proposta de atenção primária à saúde e que seria capaz, se implantada de fato, de possibilitar maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre as condições de vida e de saúde.

Em 1976, foi concebido o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), dirigido por técnicos comprometidos com a proposta do "movimento sanitário" que começava a surgir. Em 1979, ocorreu uma grande extensão da rede ambulatorial pública, principalmente no Nordeste.

Paralelamente, foram surgindo outros fatores importantes que permitiram o estabelecimento de um movimento portador de uma nova proposta. Entre esses atores, destacamos:

- movimentos de trabalhadores de saúde, em especial as organizações sindicais dos médicos;
- o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, promovendo debates, simpósios, publicações que foram progressivamente sistematizando uma proposta alternativa ao modelo privatista;
- o surgimento do movimento municipalista, através de Encontros de Secretários Municipais de Saúde, a partir de 1978, e o surgimento de entidades estaduais e nacional de secretários (Associação Sebastião de Moraes - SP, COSEMS e o CONASEMS), nutridos por experiências municipais bem sucedidas, onde foi possível conciliar o acúmulo teórico e a prática na implantação de sistemas municipais de saúde, como Campinas, Niterói, Londrina, Piracicaba, Bauru, etc.);
- um número pequeno, mas importante, de parlamentares comprometidos, nos diferentes níveis do poder legislativo;
- surgimento e fortalecimento do movimento popular de saúde, fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base da igreja católica e da participação de militantes de esquerda na periferia das grandes cidades (Zona Leste de São Paulo, principalmente)

- o fim do bipartidarismo, a democratização e ressurgimento do debate político e de propostas partidárias;
- o resultado da reforma sanitária experimentada em alguns países, com forte influência da experiência italiana.
- o surgimento de um novo movimento sindical, autônomo, a partir das greves do ABC no final dos anos 70, e com destaque e importância para a Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Caminhávamos, entretanto, do ponto de vista das políticas institucionais implementadas, para a consolidação do processo de "universalização excludente das políticas de saúde", como designou Eugênio Vilaça.

#### **04. A SAÚDE NA DÉCADA DE 80**

Nos anos 80-90, as políticas de saúde estão inseridas dentro do seguinte contexto:

- profunda crise econômica, com estagnação do crescimento, descontrole inflacionário e recessão determinando um rompimento do estado desenvolvimentista tal como foi concebido na década de 30, apoiado na articulação do estado com empresas e interesses privados;
- o processo de redemocratização do país, acelerado pela derrota eleitoral do governo em 1982, pelo Movimento das Diretas Já e pela mobilização popular e sindical, resulta num incremento das forças de oposição;

A composição da Aliança Democrática terminou por eleger Tancredo Neves e, em seguida, fazer presidente da República o ex-presidente do partido governista, José Sarney, naquilo que ficou designado por Florestan Fernandes como "transação democrática" para caracterizar o pacto articulado pelas elites brasileiras para a condução da ditadura a uma estabilidade continuísta e conservadora, que estabeleceu como prioridade:

- um novo padrão de desenvolvimento (crescimento econômico com distribuição)

- definição de um novo arcabouço jurídico-institucional, com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte eleita em 1986.

## **05. A CRISE DA PREVIDÊNCIA E AS AIS**

No início da década de 80, eclodiu a crise anunciada da Previdência Social. É possível identificar três diferentes níveis de crise:

### **A) Financeira:**

Motivada pelos fatores anteriormente relacionados e como resultado da política econômica recessiva imposta ao país em 1981-82.

### **B) Ideológica (representada pelo PREV-SAÚDE):**

No início de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de discutir a implantação de uma rede básica de saúde que, juntamente com a experiência do PIASS, permitiu o surgimento, em 1980, de um ambicioso projeto denominado PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde, em todo o país, através de uma articulação entre entidades públicas e privadas, extensão máxima da cobertura com regionalização, hierarquização e integralização das ações, uso de técnicas simplificadas, pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema.

A primeira versão incluía as diretrizes da OPAS e do movimento sanitário, contendo ainda o viés tecnocrático do governo. Após restrições do próprio governo, surge uma segunda versão mais racionalizadora e que sofre contestações de todos os lados, terminando abortada na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, embora tenha tido um importante resultado no plano da discussão ideológica.

### **C) Político-institucional (CONASP):**

Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social foi a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema. Com isso o INAMPS assume o controle e normatização da atenção médica, em detrimento do Ministério da Saúde.

O Decreto n.º 86.329, de 02 de setembro de 1981 criou o CONASP, que através da Portaria 3.062, de 23/08/82 propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (aumento da produtividade, melhoria da qualidade, equalização dos serviços prestados à população urbana e rural, montagem de um sistema de auditoria, revisão do financiamento do FAS, hierarquização de equipamentos, etc.

Propunha, entre outras mudanças, um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado com base em convênios estabelecidos entre o MPAS/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde (pela primeira vez!), colocando a integração como ponto central.

Resultou, na prática, no fim do pagamento por unidades de serviços, disciplinando os gastos e diminuindo as internações hospitalares. Já a racionalização ambulatorial foi tímida e utilizada para amenizar o problema das filas. Utilizou-se para isso o credenciamento dos médicos e a contratação de serviços públicos, pagos de acordo com a produção potencial da capacidade instalada da rede.

Em 1982, a oposição ganha as eleições para os governos estaduais, abrindo a possibilidade de técnicos comprometidos com a Reforma Sanitária ocuparem espaços políticos e técnicos importantes. No ano seguinte, o mesmo acontece em relação às prefeituras e secretarias municipais de saúde, iniciando experiências inovadoras e exitosas de gestão municipal da saúde.

O processo de municipalização da saúde começa a ganhar força, bem como o movimento de secretários municipais de saúde, através de seus encontros e da fundação do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), em 1988.

O CONASP permitiu o surgimento das AIS - Ações Integradas de Saúde, com dois momentos distintos:

a. 1983-85: com a destinação de uma pequena parcela do orçamento do INAMPS (5%) para a execução de ações de saúde pública concorrentes com as já realizadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, marcadas acentuadamente pelo clientelismo político. Além disso, com o tipo de financiamento utilizado para as atividades médicas efetuadas pela rede pública, acabou por transformar estas unidades em prestadoras de serviços para o INAMPS (a semelhança das privadas). Criou ainda as primeiras instâncias colegiadas (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CIL, nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, respectivamente), precursoras dos futuros Conselhos de Saúde.

b. 1985-87: vai do início do Governo Sarney até a implantação do SUDS. Desde 1982 o MPAS e o INAMPS começam a ser ocupados, e com a Nova República dirigidos, por sanitaristas e técnicos comprometidos com o movimento da Reforma Sanitária que, por dentro, dão início a um processo de transformações institucionais.

Passa-se, do ponto de vista político-institucional, ao discurso da defesa do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-la, do estabelecimento de um comando único para a saúde e da convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte. Na operacionalização, um amplo processo de descentralização das ações passando das AIS para a construção de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Este processo foi alavancado pelo INAMPS, que estabeleceu convênio privilegiado com entidades filantrópicas, incremento dos gastos com o setor público, apoio aos grupos de alta tecnologia e manteve-se a prática clientelista oriunda do sistema político.

De 112 municípios conveniados em 1984 avançou-se para 950 em 1985 e a 2.500 em 1987 (70% da população). Alguns avanços foram estabelecidos: o planejamento descentralizado e integrado através da Programação Orçamentária Integrada (POI) , no financiamento de ações preventivas, na participação social através das CIMS, etc.

A tensão entre o Ministério da Saúde e o MPAS acentuava-se, em virtude da maior agilidade, aporte de recursos e recusa a unificação por parte do INAMPS. Como resultado, o INAMPS passa de prestador a financiador e gestor do sistema de saúde, ficando a prestação delegada aos estados e, destes, aos municípios.

## **06. A VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Em março de 1986, acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, um dos eventos político-sanitários mais importantes:

- por seu caráter democrático (presença de milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, universidade, parlamentares, ONG, etc.),
- pelo amplo processo social que se estabeleceu através do debate estabelecido pela sociedade civil.

Como resultado central da VIII CNS, tivemos o estabelecimento de um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais:

- o conceito abrangente de saúde
- saúde como direito de cidadania e dever do Estado
- a instituição de um Sistema Único de Saúde.

Teve como desdobramento prático o desenvolvimento de trabalhos técnicos a cargo da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que influenciou, significativamente, dois processos iniciados em 1987: a implantação do SUDS,

pelo poder executivo, e a elaboração da nova constituição brasileira, pelo legislativo.

## **07. O SUDS**

Em 1985, o projeto da Reforma Sanitária é tomado "emprestado" por Tancredo Neves/Sarney para constituir o Programa de Governo para a Saúde da Nova República.

Com a eleição de 1986, tomam posse governadores eleitos pelo PMDB, criando, através de muita pressão, condições políticas favoráveis à unificação do MS/MPAS, comandada pelo INAMPS e buscando integração com os governos estaduais.

Em virtude da fragilidade política do MS e da falta de base jurídica para que o INAMPS estabelecesse esse papel, foi criado o SUDS, em julho de 1987, com o fim das AIS's que não conseguiu constituir de fato uma mudança no Sistema Nacional de Saúde, nem o papel de política social compensatória. No momento em que se instalava a Assembléia Nacional Constituinte, em condições políticas extremamente favoráveis aos governadores e no momento em que a Nova República assume definitivamente seu caráter conservador.

O SUDS incorpora os princípios da reforma sanitária: universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização das instâncias gestoras, etc.

Apresentou dois momentos distintos:

- até o final da gestão de Hésio Cordeiro (87-88), quando se observa a tentativa de preparar a transição para o Sistema Único de Saúde (desconcentração para estados e municípios, fortalecendo o setor público; desestabilização do INAMPS; enfraquecimento do setor privado e privilegiamento do filantrópico).

- até o final do governo Sarney (89-90), com ação contrária, estabelecendo-se intensa disputa dentro do governo (MS x MPAS) e entre os defensores da reforma sanitária e seus opositores.

Apesar disto, esse segundo momento não conseguiu desmontar o processo de estadualização e o movimento de municipalização da saúde, nem restaurar o INAMPS. Entretanto, o SUDS apresentou efeitos inesperados e erros estratégicos, consistindo em mais uma reforma administrativa que não conseguiu transformar positivamente o sistema nacional de saúde.

## **08. A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A REGULAMENTAÇÃO DO SUS**

O texto construído pela Assembléia Nacional Constituinte resultou dos acordos possíveis dentro do Congresso Nacional, entre diferentes atores. O texto da saúde foi defendido por um grupo de parlamentares apoiados pelo movimento da Reforma Sanitária.

A Constituição de 1988 incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde da reforma sanitária, expressos nos artigos de 196 a 200 :

- a. o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- b. a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- c. a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- d. a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- e. a integração da saúde a Seguridade Social.



Esse texto representa um avanço considerável, sendo reconhecido internacionalmente como uma referência em termos de política de saúde e base jurídico-constitucional.

No período seguinte, 1989/90, foi elaborada a Lei 8.080 e a Lei 8.142, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição.

Além disso, foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação em âmbito regional e municipal e repetindo-se o processo de envolvimento da sociedade e pactuação entre as diferentes forças políticas observado na Assembléia Nacional Constituinte.

As Leis Orgânicas municipais, promulgadas em 1990, incorporam os princípios constitucionais federal e estadual e trazem para os municípios um novo papel frente ao Sistema Único de Saúde.

Os interesses corporativos do setor privado, de grupos ameaçados com a extinção de seus órgãos (como os dos funcionários do INAMPS, SUCAM, SESP, etc.) e as divergências internas no poder executivo retardaram a regulamentação da saúde.

Além disso, o presidente Collor efetuou um conjunto de vetos na proposta aprovada pelo Congresso Nacional, concentradas em dois grandes eixos, prejudicando sobremaneira a implantação do SUS:

**a.** nos artigos referentes a regulamentação da participação e controle social (Conselhos e Conferências);

**b.** na regulamentação do financiamento do Sistema Único de Saúde (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Apesar disto, a Lei 8.080/90 expressa parte das conquistas da Constituição de 1988. Não consegue incluir dispositivos de regulação do setor privado, inclusive de atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

Houve uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e o Governo, que resultou na Lei 8.142, de 28/12/90, que resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde, repasses automáticos e condições para que os municípios e estados possam receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários).

Tinha início o governo Collor, coincidindo com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde e de um novo arcabouço jurídico: a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas Municipais, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90.

## **09. POR QUE UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?**

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro.

O que levou os constituintes a proporem essa transformação foi o consenso, na sociedade, quanto à total inadequação do sistema de saúde caracterizado pelos seguintes aspectos, entre outros:

- Um quadro de doenças de todos os tipos, condicionadas pelo modelo de desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde vigente não conseguia enfrentar;

- Irracionalidade e desintegração do Sistema de Saúde, com sobreoferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;

- Excessiva centralização, levando a decisões muitas vezes equivocadas;
- Recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e em comparação com outros países;
- Desperdício de recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30%;
- Baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e regiões mais carentes;
- Falta de definição clara das competências entre os órgãos e as instâncias político- administrativas do sistema;
- Desempenho descoordenado dos órgãos públicos e privados;
- Insatisfação dos profissionais da área da saúde, principalmente devido a baixos salários e falta de política de recursos humanos justa e coerente;
- Baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e profissionais;
- Ausência de critérios e de transparência nos gastos públicos;
- Falta de participação da população na formulação e na gestão das políticas de saúde;
- Falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- Imensa insatisfação e preocupação da população com o atendimento à sua saúde.

A partir deste diagnóstico e de diversas experiências isoladas acumuladas ao longo da década de 80, e especialmente baseando-se nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu pela primeira vez, de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de três aspectos principais:

1. Em primeiro lugar, incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socio-econômico e cultural (educação, renda, ocupação, etc.), e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e a recuperação da saúde.

2. Em segundo lugar, a Constituição também legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde em todos os níveis, assim como explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Estado, isto é, do poder público. Isto significa que, a partir da nova Constituição, a única condição necessária para se ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é ser cidadão.

3. Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle da sociedade. Os serviços privados, conveniados e contratados, passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

## **10. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

Conforme definido pelo artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, o Sistema Único de Saúde "é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público." e, complementarmente, "...pela iniciativa privada."

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento do serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam. O SUS, não é o sucessor do SUDS ou do INAMPS. É, portanto, um novo sistema de saúde que está em construção.

O SUS há que ser entendido em seus objetivos finais (dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde) para que assim, busquemos os meios (processos, estruturas e métodos) capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade (resolubilidade), participação social e complementaridade do setor privado,

devem se constituir em objetivos estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde desejado para o Sistema Único de Saúde.

## **11. POR QUE SISTEMA ÚNICO?**

Porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

## **12. QUAL É A DOCTRINA DO SUS?**

Baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

### **A - Universalidade:**

Todas as pessoas têm direito à saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir, com isto, a figura do "indigente" para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

### **B - Equidade:**

Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma

diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, com diferenças em relação ao seu modo de viver, de adoecer e também com diferentes oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para atender a cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais.

### **C - Integralidade:**

As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer.

O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes (coração, fígado, pulmões, etc.). O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que, biológica, psicológica e socialmente, está sujeito a riscos de vida.

Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças. Isto exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

Ou seja, é preciso garantir o acesso as ações de: (para garantir a Integralidade)

Promoção : através de ações que busquem eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos. Estas ações estão relacionadas a fatores:

- .biológicos (herança genética, tais como câncer, hipertensão, etc.),
- .psicológicos (estado emocional) e
- .sociais (condições de vida, como na desnutrição, etc.).

São desenvolvidas, para tanto, ações diversas, tais como saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc.;

Proteção: através de ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde, como por exemplo:

- .as ações de tratamento da água para evitar a cólera e outras doenças;
- .prevenção de complicação da gravidez, parto e do puerpério;
- .imunizações
- .prevenção de doenças transmitidas pelo sexo - DST e AIDS;
- .prevenção da cárie dental;
- .prevenção de doenças contraídas no trabalho;
- .prevenção de câncer de mama, de próstata, de pulmão (combate ao fumo)
- .controle da qualidade do sangue, etc.

Recuperação: desenvolvida através de ações que evitem as mortes das pessoas doentes e as seqüelas; são as ações que já atuam sobre os danos.

Por exemplo:

- .atendimento médico ambulatorial básico e especializado;
- .atendimento às urgências e emergências;
- .atendimento odontológico;
- .internações hospitalares;
- .reabilitação física.

*Estas ações de promoção, proteção e recuperação formam um todo indivisível. As unidades prestadoras de serviço, com seus diferentes graus de*

*complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar atenção integral.*

### **13. QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS QUE REGEM A ORGANIZAÇÃO DO SUS?**

#### **A - Regionalização e Hierarquização:**

A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

#### **B - Resolutividade:**

Esse sistema deve estar apto, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a resolver os problemas de saúde que levem um paciente a procurar os serviços de saúde, em cada nível de assistência.

Deve, ainda, enfrentar os problemas relacionados ao impacto coletivo sobre a saúde, a partir da idéia de que os serviços devem se responsabilizar pela vida dos cidadãos de sua área ou território de abrangência, resolvendo-os também até o nível de sua complexidade.

#### **C - Descentralização:**



É entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde (a este processo dá-se o nome de municipalização).

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde diretamente voltados para os seus cidadãos. A Lei 8.080/90 e as NOBs (Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde) que se seguirem definem precisamente o que é obrigação de cada esfera de governo.

#### **D - Participação dos Cidadãos:**

É a garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde (nacional, estadual, municipal e local), com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo.

As Conferências de Saúde nas três esferas de governo são as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente e definir as prioridades e linhas de ação sobre a saúde. É dever das instituições oferecer informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à saúde.

A representação dos conselhos de saúde que é definida pela Lei 8.142/90, determina que os mesmos deverão ser paritários e tripartites, em todas as esferas de governo, como esquematizado acima.

#### **E - Complementaridade do Setor Privado:**

A Constituição definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isto se deve dar sob três condições:

1. A celebração do contrato conforme as normas de direito público;
2. A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde;
3. A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos (hospitais Filantrópicos - Santas Casas), conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

Por aqui se vê que o Sistema Único de Saúde é um sistema público de saúde e que, ainda que não nominado (denominado), existe um Sistema Nacional de Saúde, constituído pelo setor público (SUS) e pelo setor privado.

#### **14. A ERA COLLOR**

Portador de um discurso aparentemente modernizante e articulado com as grandes massas, sem sustentação nos partidos políticos tradicionais, Fernando Collor de Mello acabou determinando em março de 1990 o fim da Nova República, criando um novo pano de fundo econômico e político que delineou os rumos da política de saúde nesse período, estando em jogo a disputa de dois projetos antagônicos:

- o hegemônico (projeto neoliberal), representado pela proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista;
- o contra-hegemônico , representado pela reforma sanitária e a implementação de fato do SUS.

Por baixo do estridente e aparente consenso de sucesso da reforma sanitária, competentemente o projeto neoliberal foi se consolidando, enraizado no conservador modelo médico-assistencial privatista hegemônico na década de 80.

A ordem, no campo das políticas sociais passa a ser a fragilização do papel do Estado, a diminuição do seu papel redistributivo, a privatização (no caso da saúde induzida por mecanismos de subsídios estatais diretos ou indiretos às empresas e pela regulação pela lógica de mercado) e a focalização das políticas para grupos populacionais carentes e excluídos, mas frágeis do ponto de vista de sua capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado.

Esse projeto neoliberal criou um sistema privado forte e com baixa regulação pelo Estado: o da atenção médica supletiva, que se consolidou pelo tipo de financiamento (sem recursos e dependência direta do Estado) e por sua expansão as custas da perda de qualidade do setor público, fazendo com que este último passe a ser considerado o sistema dos grupos "de baixo" e o da atenção médica supletiva (privada) o do grupo dos "de cima". É a chamada universalização excludente.

Permanecem no sistema público apenas os prestadores privados mais tradicionais mais dependentes do Estado que não conseguiram modernizar-se e disputar o mercado da medicina supletiva, sofrendo nítido processo de deterioração e de intenso e seletivo descredenciamento (formal ou informal) por parte do setor mais moderno de prestação de serviços.

Tudo isso favorece a expulsão, por pressão das bases, dos setores de trabalhadores mais organizados para o modelo de atenção médico-supletivo, diminuindo ainda mais a pressão e mobilização social pela implementação de fato do Sistema Único de Saúde. É o caso das Centrais Sindicais e dos grandes sindicatos, mesmo que comprometidos com a reforma sanitária.

Além disso, a política salarial e de recursos humanos praticada, desencadeou inúmeras greves do setor público, contribuindo para o descrédito da população.

Passa a prevalecer um sistema privado com forte apelo ideológico, compatível com o modelo de formação médica (flexneriano), sustentado por uma política deliberada de desmonte do setor público (voltado a atenção apenas das populações pobres e excluídas), com uma parte sofisticada e eficiente do setor público de alta tecnologia (INCOR, por exemplo) dando-lhe retaguarda, e sustentado por uma forma de financiamento injusta ("com ou sem recibo" e através da dedução no imposto de renda dos gastos com o setor privado de saúde).

## **15. AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS E O AVANÇO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE**

As Normas Operacionais Básicas, determinadas pelo Ministério da Saúde, vêm, como o nome diz, normatizar a letra da Lei. As NOB's, como são conhecidas no jargão sanitário, regulam as relações entre os gestores do sistema de saúde, entre os Municípios, Estados e o Governo Federal. Formulam novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos táticos-operacionais para a implantação do SUS no território nacional. Enfim, normatizam o SUS.

A **NOB 01/91**, editada em pleno governo Collor pelo então Ministro da Saúde Alcení Guerra, teve como características:

- a. Equiparação dos prestadores públicos e privados;
- b. Manutenção da gestão do SUS centralizada no INAMPS;
- c. Municípios como gestores de Unidades de Saúde e não de sistema.
- d. Alguns estados assumiram a gestão - a maioria manteve-se como prestador de serviços de saúde, com a mesma lógica com que eram tratados os prestadores privados dos serviços de saúde para o Governo Federal, controlados pelo INAMPS.

A **NOB 01/93**, gestada no período pós-*impeachment* de Collor, com Itamar Franco na Presidência e Jamil Haddad no Ministério da Saúde, é elaborada a partir do esforço de sanitaristas com larga experiência na gestão de sistemas municipais de saúde e comprometidos com o projeto da reforma sanitária, resultando numa ampliação do espaço político do CONASEMS. Constitui-se, de fato, num instrumento fundamental para o processo de descentralização e municipalização da saúde, conforme determina a Constituição.

Esta Norma foi lançada com um documento de apresentação denominado: "A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei", resgatando os princípios da Reforma Sanitária e assumindo o compromisso irrestrito com a implantação de um Sistema Único de Saúde.

A NOB 01/93 regulamenta a habilitação da gestão da saúde pelos municípios, desencadeando o processo de municipalização através da transferência automática de recursos financeiros fundo a fundo, possibilitando que os municípios transformem-se em gestores de fato do SUS.

Na NOB 93 são previstos três formas de gestão do SUS ao nível dos Estados e Municípios: Incipiente, Parcial e Semiplena. Estas formas de gestão foram concebidas enquanto estratégias de viabilização do processo de municipalização plena e implantação do SUS.

As contradições e disputas no governo Itamar são intensas. Em 1993, finalmente, foi extinto o INAMPS, assumindo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde as tarefas e responsabilidades sanitárias historicamente delegadas para a área previdenciária. *Após 70 anos a saúde passa a ser responsabilidade do Ministério da Saúde!*

A NOB 01/93 foi publicada em 1993, mas os primeiros 24 municípios efetivamente habilitados à gestão Semiplena ocorreu apenas em novembro de 1994.

A **gestão Semiplena** significou um importante avanço na qualificação das secretarias municipais de saúde no papel de gestores do Sistema Único de Saúde, caracterizando-se:

- pela transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais;
- a responsabilidade pelo planejamento e gestão de todo o sistema de saúde, incluindo os prestadores de serviços de saúde públicos (estaduais e federais) e privados, passou a ser das secretarias municipais de saúde, sob acompanhamento e controle dos Conselhos Municipais de Saúde
- pela criação das comissões intergestoras, responsáveis pela operacionalização do SUS e enfrentamento dos problemas na implantação desta NOB.

Em nível estadual esta Comissão é chamada de Bipartite e é composta, paritariamente, por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e da Secretária Estadual de Saúde. Em âmbito nacional a Comissão Tripartite, reunindo representantes dos Secretários Municipais de Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde.

Em 1995/96, após intensa mobilização, mais de 100 municípios passaram à gestão Semiplena, englobando entre 10 a 12% da população brasileira e 18% dos recursos gastos com assistência.

Esses municípios experimentam importantes avanços, entre os quais destacam-se:

- a melhoria de diversos indicadores epidemiológicos e do nível de saúde de suas populações;
- o aumento da oferta de serviços à população com maior controle e avaliação dos prestadores, o que determinou diminuição dos gastos e reutilização destes recursos conforme as prioridades apontadas nos Plano de Saúde, discutidos e aprovados pelos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde;

- a discussão e o esboço de uma mudança do modelo de atenção à saúde, que busque o resgate das práticas de Saúde Pública e com o desenvolvimento de políticas intersetoriais;
- a redefinição de papéis institucionais para os diferentes níveis do poder executivo.

Em novembro de 1996, pouco antes de sua saída do comando do Ministério e politicamente enfraquecido em função da restrição de recursos financeiros para a saúde efetuadas pela área econômica do governo FHC e pelo desgaste público após a aprovação do CPMF, Adib Jatene assina a NOB 01/96.

A **NOB 96** foi resultado de um intenso debate e negociações (foram dezenas de versões) que duraram cerca de 2 anos, com participação das três esferas de governo e que foi submetido a apreciação das Conferências Municipais, Estaduais e deliberação da X Conferência Nacional de Saúde realizada em setembro de 1996 e do Conselho Nacional de Saúde.

Entre os principais avanços em relação à NOB 93, propõe-se a:

- Promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor.
- Reorganizar o modelo assistencial - descentralizando aos municípios a atenção básica da Saúde.
- Diminuir relativamente o repasse por produção - aumentando o repasse fundo a fundo.

Pela NOB 96 são determinadas as seguintes condições de gestão:

1. Para os Municípios:

- Gestão da Atenção Básica
- Gestão Plena do Sistema Municipal

2. Para os Estados:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual
- Gestão Plena do Sistema Estadual

No entanto, o governo FHC vêm relutando, até o presente momento, em regulamentar definitivamente a NOB 96 e permitir que seja colocada em prática. Como diz respeito à operacionalização, a municipalização está parada desde setembro de 1996, impedindo o avanço do SUS.

Enquanto isso, o governo FHC procura divulgar à opinião pública que está em curso uma mudança de modelo de saúde, através da implantação de programas nacionais (agentes comunitários, saúde da família, combate à dengue, etc.). Mantém a tradição da centralização e verticalização, contrário ao espírito e a letra do SUS, muito embora o discurso estabeleça como prioridade a municipalização.

## **16. FHC E O GOVERNO DA DOENÇA (O AVANÇO DO PROJETO NEOLIBERAL)**

O processo de consolidação do projeto neoliberal para a saúde tem continuidade e acentua-se com o governo FHC.

A saída de Adib Jatene, que procurava manter um razoável nível de interlocução com os diferentes atores e, em determinados pontos, confluía para propostas defendidas pelo movimento da reforma sanitária, deu lugar à intervenção da área econômica do governo na gestão do Ministério da Saúde.

Aproveitando-se da crítica à "falência do SUS", provocada fundamentalmente pela falta de recursos financeiros e pelo descompromisso do governo com a saúde, interessado na consolidação do projeto neoliberal, asfixia-se cada vez o financiamento do SUS. É uma deliberada ação governamental pela destruição do SUS.

A indefinição persistente do financiamento do SUS é utilizada como instrumento para tanto. Desde 1993 tramita no Congresso Nacional o Projeto de Emenda a Constituição, a PEC nº 169/93, de autoria dos Deputados Eduardo Jorge (SP) e Waldir Pires (BA) pronta para ser votada em plenário. Tal



propositura destina 30 % dos recursos da Seguridade Social para a saúde, além de, no mínimo, 10% dos orçamentos fiscais dos Municípios, Estados e da União.

Estes recursos, se regulamentados, proporcionariam uma fonte estável e elevariam os gastos em saúde para cerca de 250 dólares per capita, o que ainda está longe do valor praticado pelos países que possuem sistemas de saúde organizados e eficientes, mas que, pelo menos, permitiria que nosso país se igualasse aos países em desenvolvimento, como por exemplo a Argentina.

O governo, apesar de declarar que 1997 é o "ano da saúde", gasta apenas 2,2% do PIB com saúde, enquanto países como EUA, Inglaterra, Japão e Canadá aplicam entre 8 e 10%. O gasto per capita do governo federal com a saúde é um dos menores do mundo, não ultrapassando 60 dólares, inferior até mesmo ao de "potências" mundiais como a Somália.

Partindo da mesma lógica e enfrentando grave crise financeira, os governos estaduais contribuem consideravelmente para o agravamento deste quadro. Em média, não chegam a utilizar 3,5% de seus orçamentos com a saúde, repassando invariavelmente a conta para ser paga pelos municípios ou com a vida (a dor, o sofrimento e a morte!) dos brasileiros.

Entre julho de 1994 e setembro de 1997 não houve reajuste na tabela paga aos prestadores do SUS. Com uma inflação acumulada superior a 80% concedeu-se, no máximo, um abono de 25%. Por outro lado, os recursos também não são destinados para as ações de saúde coletiva.

Reaparecem as epidemias de sarampo, cólera e dengue. Doenças que estavam sob controle crescem assustadoramente, como é o caso da tuberculose, malária e hanseníase.

Enquanto isso, o Ministro Bresser, da Administração e Reforma do Estado, em conluio com vários governadores, avança na proposta neoliberal, propondo

a privatização de hospitais e serviços públicos através da criação das Organizações Sociais Autônomas ou das chamadas "parcerias", submetendo a saúde à lógica de mercado.

Na prática, aprofundam o processo de privatização implantado durante a gestão de Paulo Maluf (93-96), na capital de São Paulo, através do plano denominado PAS, de forte cunho eleitoral.

Aprofunda-se o processo de desmonte do setor público, enfraquecendo e desrespeitando o controle social, através dos baixos e congelados salários (mais de 1.000 dias sem reajuste), demissões em massa, fechamento de leitos, desabastecimento, etc.

Do ponto de vista ideológico, argumentam para a opinião pública que a crise é determinada pelo corporativismo e ineficiência do Estado e que, portanto, a saída se dará através da progressiva privatização, ficando o Estado responsável, quando muito, pelas ações básicas de saúde e as medidas de saúde pública. O restante deverá ser assumido, pela proposta do governo, pelo setor privado e controlado não mais pela sociedade, mas sim pelas regras de mercado. É a "cesta básica da saúde", coerente com as propostas originadas no chamado "Consenso de Washington".

## **17. O FUTURO DO SUS**

É verdade que a dinâmica das políticas de saúde, ao longo da década de 80/90, permitiu crescente grau de universalização até sua consolidação na Constituição de 1988, garantindo-se a saúde como direito de todos e dever do Estado. Mas também é verdade que, em função do que até aqui foi analisado, esta universalização se deu de forma excludente, discriminatória, com distribuição seletiva de serviços de saúde a partir de mecanismos racionalizadores para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica. Um sistema de doença perversamente sem equidade e socialmente injusto.

Apesar de tudo, a reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde representam a primeira experiência concreta em grande escala de reforma do Estado brasileiro, que consegue romper com a lógica corporativista e patrimonialista, típicas da história de nosso país, e ingressar numa linha de reconhecimento do direito de cidadania.

Daí a importância, para aqueles que defendem a construção de uma sociedade justa e fraterna, onde a defesa da vida e da saúde sejam uma realidade, de lutar de forma eficaz contra o projeto neoliberal.

Esta opção neoliberal não pode dar certo porque, entre outros motivos:

1. a saúde é inerente à vida e à morte:

- não um bem passível de troca num mercado, que se estabelece na relação entre a consciência do profissional de saúde e a confiança do cliente.
- a saúde está condicionada ao acesso a outros bens e serviços.
- o caráter aleatório no aparecimento das doenças.
- sua lógica rompe os laços de solidariedade social.

2. porque a experiência internacional comprova que os mecanismos de mercado funcionam perversamente no campo sanitário.

3. essa lógica privada penaliza e condena os velhos e portadores de males crônicos que não podem pagar por serviços.

4. a dinâmica do projeto neoliberal no Brasil aponta para o aprofundamento das desigualdades sociais (*apartheid* social).

O SUS foi conquistado através de um intenso processo de luta. Sua implementação definitiva só se dará na luta, através da mobilização da sociedade contra as forças conservadoras que sustentam o neoliberalismo e sua política financeira.

Não podemos aceitar que o controle inflacionário, desejo de todos, signifique a destruição de um sistema de saúde que represente a garantia de cidadania e a defesa da vida.

A crise não é, como já pudemos demonstrar, provocada pelo SUS. É preciso reafirmar o SUS como modelo de reforma do Estado.

A regulamentação definitiva do financiamento do SUS, através da PEC 169 é essencial para o avanço da implementação do SUS.

O SUS é portador de uma proposta avançada de política de saúde, com fundamentação técnica, científica, econômica, jurídica e densidade social.

É preciso colocá-lo em prática e lembrar que onde o SUS foi implantado para valer, seus resultados são inquestionáveis. Bastaria por em prática as diretrizes do SUS!

Os municípios devem assumir o seu papel de gestores plenos de fato do sistema. Para tanto, se faz necessário a regulamentação e efetivação da NOB 96.

Não é mais possível pensar em avanço sem construir uma política de recursos humanos compatível com a necessidade e grandiosidade da proposta. Não se trata apenas da questão salarial. Vai além, pois é fundamental a adesão, o compromisso, uma consciência transformadora e a qualificação permanente dos trabalhadores da saúde.

É preciso democratizar a política de saúde através da participação dos usuários, suas entidades e a mobilização da sociedade para que seja cumprido aquilo que foi conquistado na legislação. Os conselhos tem neste sentido um papel fundamental.

A melhoria das condições de saúde dos brasileiros requer ainda a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando a prevenção e a promoção mas garantindo-se a integralidade e a intersetorialidade, construindo um sistema eficiente, moderno, acolhedor e humanizado, onde as ações estejam condicionadas ao compromisso com a qualidade de vida, dos indivíduos, da comunidade e do meio ambiente.

A saúde não é uma mercadoria. O SUS é o caminho da solidariedade.  
Em defesa da vida e da cidadania!

## 18. BIBLIOGRAFIA

- BERLINGUER, G. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BRAGA, J.C.S. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.
- CAMPOS, G.W.S Os médicos e a política de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1988.
- \_\_\_\_\_, A Saúde Pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.
- \_\_\_\_\_, A reforma da Reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- COHN, A A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991.
- COSTA, N.R. Lutas urbanas e Controle Sanitário - Origem das Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.
- ESMANHOTO, R. A saúde nas cidades. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- \_\_\_\_\_, Demandas Populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, 1989.
- JACOBI, P. Movimentos Sociais e Políticas Públicas. São Paulo: Cortez, 1989.
- MENDES, E. V. Distrito Sanitário. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MERHY, E.E. A saúde pública como política. São Paulo: Hucitec, 1992.
- NUNES, E.D. Medicina Social: textos. São Paulo: Global, 1979.
- OLIVEIRA, J.A e TEIXEIRA, J.M. (IM) Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989.
- POSSAS, CRISTINA. Epidemiologia e Sociedade. São Paulo: Hucitec, 1989.
- \_\_\_\_\_, Saúde e Trabalho: a crise da previdência social. São Paulo: Hucitec, 1992.
- TEIXEIRA, S.F. Reforma Sanitária - em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez-Abrasco, 1989.
- Diversos autores: REVISTA SAÚDE EM DEBATE. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES. (coleção).