



Políticas públicas sob um viés histórico: as idas e vindas na busca por um modelo para a Saúde Pública.

Pedro Henrique CARINHATO e Silva¹

Resumo

Este trabalho tem busca apreender as mudanças e continuidades nos modelos de condução da saúde pública no Brasil ao longo do século XX. Em termos gerais, destacamos as posições e políticas antagônicas que se enfrentaram no decurso do período, caracterizando um confronto contumaz, porquanto se percebe a disputa entre uma ótica que privilegia a saúde pública – como na Constituição de 1988 - e outra que enfatiza a necessidade da privatização, como ficou claro no decorrer dos anos 1990.

Palavras-Chave: Estado-Novo; Constituição de 1988; Neoliberalismo; Saúde Pública; Saúde Coletiva.

I. As políticas de saúde na primeira metade do século XX

O início da intervenção estatal na área da seguridade social com alguma sistematização, data da década de (19)20, com o a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). Elas foram instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial.

Numa palavra, benefícios, em pecúnia e prestação de serviços. Nesse sentido, o Estado institui e normatiza essa modalidade de seguro social, mas não participa diretamente de seu gerenciamento. A partir desse momento, conforma-se uma divisão no interior da saúde: os preceitos da saúde pública respondem às medidas de caráter coletivo, em particular as campanhas sanitárias – combate à febre amarela e varíola, por exemplo. E ainda, esta parte da divisão fica sujeita à parcela do orçamento fiscal destinada ao Ministério, o qual teria um comportamento acentuadamente descendente a partir da década de 50. Já as classes assalariadas urbanas, até então assistidas pela filantropia, passam a receber serviços de atenção médica individual, prestados pela CAPS, que por sua vez compravam serviços médicos do setor privado através do mecanismo de credenciamento médico (Cohn et alii, 1991). Vale dizer, enquanto corolário para o setor da saúde no Brasil, que é a partir desse momento que se concebe a origem da utilização da concepção de assistência médica, mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública. Em outras palavras, consubstancia-se a construção de um setor privado de saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social, descaracterizando a saúde como direito do cidadão e muito menos como dever do Estado.

Não obstante a existência de políticas e ações voltadas para a área social, foi somente com o governo Vargas, na década de 30, que se esboçou um conjunto de políticas públicas para o campo da saúde, à época intitulada Medicina Social². A constituição de tais políticas fez parte de um escopo estratégico mais amplo, como forma de construção da identidade do trabalhador brasileiro, consoante à análise de Gomes (1988). Contendo em si um valor ideológico inestimável, a legislação brasileira se ocupou de caracterizar o trabalho, através de sindicatos, revistas e outros meios, não como um simples modo de “ganhar a vida”, mas uma função capital no intuito de “servir à pátria”. Vale registrar que a própria Constituição de 1937 adotava o critério de que o trabalho era um dever de todos, sendo que a desocupação era crime contra o próprio Estado³. Manuseando habilmente teses corporativistas, oriundas do regime fascista italiano, o Estado brasileiro buscava a disciplinarização da população e, para esse fim, realizaram-se

¹ Graduando em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP, Campus de Marília. (e-mail: pedrohces@hotmail.com).

² A Alemanha de Bismarck, ainda no século XIX, durante o período de intensa industrialização, desenvolveu um sistema de proteção social, sendo ampliado com o passar dos anos (Guedes Gomes, 2006). Em nível nacional, a intervenção estatal no setor da saúde ocorreu desde os primórdios, como o período colonial, porém de forma bastante precária (Machado et alii, 1978).

³ Para conferir relevante estudo acerca do tema, ver Vianna (1989).

inúmeras e pormenorizadas operações sobre aspectos da vida social dos trabalhadores, envolvendo sua saúde, alimentação, habitação, lazer e vida familiar, além, obviamente, e sua vida profissional.

Essa preocupação traduziu-se na criação de dois novos ministérios, ainda em 1930: o primeiro, do Trabalho, Indústria e Comércio, e o segundo, da Educação e Saúde. Apesar de ser um campo fascinante de estudo, restringir-nos-emos à questão da saúde por se tratar de nosso objetivo precípua nesse trabalho. Em um primeiro plano, estiveram presentes medidas voltadas para a indenização da perda da saúde, isto é, da capacidade de trabalho e de ganho, traduzidas na atuação da previdência e da assistência sociais. Assim, foram então criados os seguros contra invalidez, doença, morte, acidentes de trabalho e o seguro maternidade, todos com vistas à proteção da saúde do trabalhador (Gomes, 1988). Desse modo, o Brasil absorvia, definitivamente, o conceito de medicina social que se desenvolvera na Europa desde o século XIX. Salientamos a íntima relação entre trabalho e saúde, como nos aduz Ângela de Castro Gomes:

“A medicina social compreendia um conjunto amplo de práticas que envolviam higiene, sociologia, pedagogia e psicopatologia. Não se tratava unicamente de curar. Havia toda uma dimensão sanitária que buscava a proteção do corpo e da mente do trabalhador. No próprio interesse do progresso do país, deviam-se vincular estreitamente as legislações social e sanitária, já que o objetivo de ambas era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada” (Gomes, 1988: 263).

É possível assinalar, mediante o trecho acima, que o papel principal da medicina social, tão bem concretizado pela ação dos Institutos de Previdência e Assistência Sociais, consistia explicitamente em preservar, recuperar e aumentar a capacidade de produzir do trabalhador, enquanto proprietário de uma única, porém valiosa mercadoria, a força de trabalho; logo, sua saúde física e mental era situada como seu único capital com o qual devia concorrer para o desenvolvimento nacional. Nessa acepção, o Estado Novo intensificava sua intervenção na sociedade civil, seja no plano ideológico – através da exaltação do trabalho como fonte de progresso da pátria – ou ainda no plano material – por meio de serviços atinentes à alimentação, saúde, habitação e educação da população. Deve-se evidenciar o seguinte aspecto: dado que o Brasil principiava seu processo de industrialização, havia a necessidade imperiosa de não somente formar quadros proletários, mas, sobretudo manter – sob o véu do nacionalismo – a

capacidade de reprodução da força de trabalho, ou seja, converter ininterruptamente indivíduos pobres em operários disponíveis para as empresas capitalistas.

A mediação entre o homem (corpo orgânico) e a natureza (seu corpo inorgânico) é realizada através do trabalho. Entretanto, tal relação, enquanto processo permanente de reposição material da vida foi plasmado pelo modo de produção capitalista, de forma a originar e condicionar a classe proletária, possuidora de sua força de trabalho. Assim, a necessidade da reprodução da condição proletária, presente no trecho citado acima, se justifica na medida em que o Estado precisa regular as decisões dos indivíduos, sob pena dos mesmos buscarem satisfazer suas demandas por meio de formas não capitalistas. Nesse sentido, a política social do período referido assume o papel de instrumento de regulamentação política dos indivíduos, pois define quem pode e quem não pode tornar-se trabalhador assalariado⁴ (Offe, 1984).

É pertinente considerar que as ações descritas formaram apenas um aspecto de muitos outros que foram abordados pela Ditadura Estado-novista, tais como a música, o cinema e a arte em suas mais distintas expressões.

Assim, as assistências médicas e previdenciária, centradas na lógica setorial (corporações), emergem mercantilizadas sob a forma de seguro, no qual a garantia do acesso aos serviços de saúde é feita com pagamento mediante desconto compulsório, ao mesmo tempo em que se estrutura um sistema urbano de assistência, quando a maioria da população era rural. Na área urbana atinge somente a força de trabalho e, dentre os trabalhadores, favorece aos que estão vinculados aos pólos dinâmicos de acumulação capitalista. A saúde assim estruturada concorre para o modelo de regulação social denominado por Santos (1979) como *cidadania regulada*, sendo que tal padrão se manteve praticamente inalterado até o final dos anos 80 (Elias, 2004).

O processo de privatização dos serviços de saúde, iniciados nos anos 30 e 40, que alimentou a lógica da acumulação capitalista, através da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde - que teve sua maior expressão no INPS⁵ - se constituíra num potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor. Este novo ajuste revela a organicidade da relação Estado/saúde em prol dos interesses dos produtores privados, pois ao

⁴ Conquanto nos atenhamos a um dado período, o papel da política social como gestor estatal da força de trabalho subsiste de formas outras, consoante às necessidades do capitalismo e suas vicissitudes históricas.

⁵ O INPS passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, que contribuía na época com 8% de seus salários, adicionados dos 8% da folha de salários das empresas, independentemente de ramo

Estado reservava a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para o recrudescimento da capacidade instalada (Cohn, 1995; Elias, 2004). Em linhas gerais, é este o processo histórico e político que introduziu precocemente a privatização do sistema de saúde brasileiro com a conseqüente estruturação da produção de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos, exemplo este que será seguido por boa parte dos países latino-americanos no transcurso da década de 1980.

No Brasil, a “década perdida” é caracterizada por uma vultosa proliferação da medicina privada, fomentada por um conjunto de inovações financeiras. Tais novidades expressaram outros modos de financiamento dos serviços de saúde que fortaleceram o acesso privado, que foram: i) planos privados individuais de saúde; ii) planos de seguro de grupo com participação financeira de empresas privadas; iii) caixas próprias de empresas estatais⁶. Assim, assiste-se a uma valorização da assistência médico-hospitalar, em detrimento do serviço ambulatorial, ou seja, da atenção primária e de caráter preventivo.

Os anos 80 se revelam para o campo da saúde, enquanto importante ponto de inflexão devido ao iminente ocaso do Regime Militar e seu conseqüente processo de democratização e a grave crise econômica – que internacionalmente já se vinha delineando desde 1970 – como reflexo do esgotamento do padrão de desenvolvimento iniciado no período de 1930. Tem-se no espectro político, por meio da mobilização de parte da sociedade civil brasileira, a organização de um movimento pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Desse grupo, fizeram parte, basicamente, professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas e movimentos populares pela saúde, além de outros setores da sociedade. Denominado Reforma Sanitária, estudos o datam de meados dos anos 70, a partir da criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde. É o caso do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de 1976 e da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) de 1979. No âmbito acadêmico, este fenômeno representou transformações na percepção e na busca de novos caminhos para a compreensão da saúde. Já não se condenavam mais os fatos sociais a serem

de atividade ou categoria profissional. Também passaram a estar cobertos os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuíssem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica).

⁶ O item ii refere-se fundamentalmente à oferta pela empresa (comumente as grandes empresas) do benefício aos empregados. Esses benefícios, em forma de salário indireto, não sofrem taxações, nem deduções fiscais (Esteves, 1996).

externos ao processo saúde-doença, mas reconhecendo a especificidade inerente deste, passava-se a concebê-lo também como parte integrante do social. Nesse sentido, principiava-se a deslindar as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área de saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo e atuação. A manifestação desse *novo pensar* da prática médica, chamada Saúde Coletiva, é explicitado da seguinte forma:

“É a partir do surgimento dessa instituição (CEBES) que a área da Medicina Social passa a ser denominada Saúde Coletiva. Buscava-se assim, suplantando a histórica distinção entre Medicina Social e Saúde Pública, em que a primeira muitas vezes passava a ameaçar esta, área tradicional de enfoque da saúde no âmbito coletivo. Ao substituir-se *medicina* por *saúde* amplia-se o objeto, tornando-o mais abrangente, o que passa a exigir uma nova delimitação do campo e, ao substituir o *social* pelo *coletivo*, torna este mais inespecífico, exigindo que seja rastreado em sua totalidade” (Cohn, 1989: 126).

Faz-se necessário, ante ao fenômeno político da Reforma Sanitária, qualificar e conceituar o termo *reforma*. Para isso, retornamos ao período do pós-guerra, momento em que as políticas macroeconômicas keynesianas predominaram por toda a Europa e auxiliaram na construção de um padrão de proteção social nos países capitalistas centrais, que se consagrou sob a denominação de Estado de Bem Estar Social. Este vigoroso movimento impôs substanciais reformas, cujo sentido precípua era a promoção da inclusão social sob a égide de um Estado provedor das condições mínimas de subsistência, além de afastar as classes trabalhadoras do “perigo comunista”. Disso resultou um polpudo programa de políticas que visaram à consolidação desses serviços como direitos sociais. Portanto, nessa época, o termo reforma, para os países centrais, tinha o significado de uma política efetiva de minimização das desigualdades econômicas e sociais produzidas pelo capitalismo. No plano conceitual, reforma e revolução constituíam posições e concepções antagônicas, que tinham entre si uma relação completamente distinta no intento de promover melhorias no âmbito social. No plano político, à revolução entendia-se a organização social de cariz socialista, vigente no Leste Europeu, enquanto o reformismo prevalecia no mundo capitalista.

Com o desenrolar do século XX, mostrou-se uma prevalência do elemento reformista em detrimento do outro, porém ambas sendo consideravelmente descaracterizadas em relação às suas formações originais. O termo reforma nos anos 80 foi completamente esvaziado de seu sentido inicial, sendo substituído pelos preceitos neoliberais, como nova racionalidade política e

econômica a ser seguida. Por conseguinte, deve-se deixar claro que a Reforma Sanitária, assim como o *Welfare State* europeu, não se constituíram como negação da ordem social capitalista. Isso fica evidenciado a partir da apresentação de seus princípios e caminhos políticos definidos (Escorel, 1998).

No Brasil, em que pese à diversidade de estratégias propostas para a conformação do movimento da Reforma Sanitária, todas elas apresentaram a cidadania como elemento comum. Essas proposições nucleares ao movimento repousaram seus princípios articuladores na estatização dos serviços de saúde, na Constituição do Sistema Único de Saúde, na descentralização, na universalização e na equidade do direito à saúde. Esses ideais, formulados já na segunda metade do decênio de 70, vão se traduzindo e aperfeiçoando em medidas concretas na década subsequente, produto do intrincado jogo de forças entre os setores progressistas – articulados em torno das teses reformistas – e conservadores (Cohn et *alii*, 1991). Para isso, passou-se a recuperar experiências pretéritas de profissionais envolvidos em programas como o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste), que perseguia a formulação de um novo modelo de atendimento à saúde da população, associada a sua extensão aos setores carentes. A visibilidade conquistada por esse programa, o PIASS e outros, conquistaram importância como tirocínio exitoso para os fomentadores da Reforma Sanitária, pois buscou aduzir soluções outras, no sentido de renovar as políticas de saúde.

Esse novo olhar sobre a saúde se mostrou absolutamente necessário, dado que concomitantemente ao crescimento estrondoso da medicina privada, os anos 80 foi palco de uma aguda crise financeira da previdência social, que acometeu sobremaneira o setor da saúde. Nesse contexto, ante as ameaças de drásticas restrições dos gastos previdenciários com assistência médica, vêm a público propostas alternativas de fortalecimento do setor público de saúde e uma nova forma de remuneração na compra dos serviços privados de assistência médica. O PREV-SAÚDE propôs a reestruturação da rede pública de serviços de saúde com o propósito de sua universalização e racionalização. Tratava-se de converter a renda básica de serviços na porta de entrada do paciente no sistema de saúde, permutando assim a característica hospitalar do atendimento. Outro bom exemplo que veio na esteira deste primeiro foi o Plano Conasp, que previa convênios trilaterais entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde; esse programa, por sua vez, originou as AIS (Ações Integradas de Saúde). Tal política esteve centrada à seguinte formulação: a previdência

social repassava os recursos para os Estados, e estes para os municípios, cabendo às respectivas redes públicas de serviço o atendimento também aos previdenciários. Conjuntamente a esses mecanismos, o plano propunha que a partir de então os serviços que o INAMPS comprava da rede privada fossem pagos pelo cálculo do custo global do procedimento médico, e não mais pela somatória dos atos fragmentados de cada atendimento: são as AIH (Ações de Internação Hospitalar).

O conhecimento e a tentativa de implantação em âmbito nacional desses programas deixaram dois traços marcantes: ao tempo em que provocou forte reação do setor privado e de médicos, as AIS foram interpretadas pelos “reformistas” como estratégia central para a conformação do Sistema Único de Saúde no país, proposta já formulada em 1978 (Cohn, 1989). Outro modelo decorrente dos já citados foi o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Essa nova proposta previa, do mesmo modo que as AIS, financiamento tripartite – federal, estadual e municipal – e o reforço da autonomia desses últimos em dois níveis na gestão da saúde. O objetivo atinente ao SUDS é a universalização do acesso aos serviços, via fortalecimento do setor público. Vale dizer que, embora o caráter progressista das propostas enunciadas, as experiências evidenciaram a vulnerabilidade desses avanços institucionais aos interesses políticos e clientelísticos. Não somente os convênios realizados obedecendo a critérios ditados por interesses políticos imediatos, como a implementação prática das medidas de saúde, traduziram-se das formas mais distintas. A própria “integração” das AIS manifestou-se em grande medida em um mera desconcentração. Assim, ambas as experiências pouco significaram para uma real descentralização da competência das esferas de poder na gestão da saúde.

Com relação ao arcabouço institucional criado pelos programas, é possível considerá-lo como um processo exitoso, dado que revelou avanços significativos na contribuição do SUS, objeto precípuo da Reforma Sanitária. Segundo Amélia Cohn:

“Já no caso das AIS, por exemplo, não só em tese ocorreu uma integração do INAMPS com o Ministério da Saúde como foram previstas diferentes instâncias de coordenação institucional, as CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS⁷” (Cohn, 1989: 128).

⁷ Comissões Interinstitucionais de Saúde, Comissões Regionais de Saúde, Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde, Comissões Locais e/ou Municipais Interinstitucionais de Saúde.
CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais
Ano 2, Volume 4, Agosto 2008

Paralelamente às experiências realizadas, pululavam alhures reuniões e encontros, seja em âmbito, estadual ou municipal, a fim de discutir questões teóricas, relacionando aspectos políticos e sanitários, e questões práticas, como a busca e a consolidação de novas tentativas. Um momento relevante para a organização da Reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com discussão e aprovação do documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, aduzido pela diretoria nacional da CEBES, baseado em estudo elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro). Este foi acrescido das principais reivindicações do setor, transformando-se em documento-base para as conclusões do encontro (CEBES, 1980). A crítica ao regime ditatorial e aos seus corolários para o setor da saúde é patente no relatório final:

“Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento sócio-econômico do governo – privatizando, empresarial e concentradora de renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico (...) política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos de empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral” (CEBES, 1980: 47).

Outro ponto de fundamental importância é o seguinte:

“(...) negador de uma solução meramente administrativa ou *estatizante*. Evita-se uma participação de tipo centralizador tão cara ao espírito corporativo e tão apta a manipulações que cooptam um Estado fortemente centralizado e autoritário, como tem sido caracterizado o Estado Brasileiro” (CEBES, 1980: 49).

Poucos anos mais tarde, em dezembro de 1984, foi realizado um novo Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o qual foi marcado pelo intento de estabelecer um consenso entre o movimento sanitário e as entidades de representação dos empresários do complexo da saúde. A resolução do encontro foi sintomática: o único ponto acordado entre as partes referia-se à necessidade de ampliação das dotações orçamentárias para o setor. A partir de outra reunião – dessa vez sediada em Montes Claros (MG) –, da qual participaram lideranças que se apresentavam para debater propostas para o governo⁸, sucederam-se reuniões com o intuito de esmiuçar a futura operacionalização da proposição para a chamada Nova República, principalmente no tocante ao processo de unificação

⁸ O documento confeccionado ao cabo da reunião praticamente reiterava os princípios propostos na reunião anterior (Cordeiro, 2004).

do Ministério da Saúde e INAMPS, e a passagem da Central de Medicamentos da Previdência Social para a Saúde.

Os passos definitivos para a conformação dos preceitos e das práticas da Reforma Sanitária foram cumpridos na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, após conferências preparatórias efetuadas em todos os estados da Federação. Sob a presidência de Antônio Sérgio da Silva Arouca (FIOCRUZ), a vice-presidência de Francisco Xavier Beduski (Superintendente da SUCAM) e tendo como relator Guilherme Rodrigues da Silva (USP), foram debatidos entre os participantes os seguintes temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Vale dizer que desse encontro recusaram-se a participar os representantes do setor privado de saúde, não reconhecendo ser essa uma esfera legítima de debate, como igualmente foi pequena a participação do legislativo e também pouco institucionalizada, para não dizer nula, o comparecimento de partidos políticos que, ao menos em princípio, como foi o caso do PCB, compartilhavam das idéias reformistas (Cohn, 1989). Participaram da Conferência mil delegados com direito a voto e cerca de três mil participantes, que constituíram 135 grupos de trabalho. O relatório final consagrou teses concernentes tanto ao debate acadêmico, quanto ao político:

“Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor da saúde transcendem os limites de uma forma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se costuma chamar de reforma sanitária” (BRASIL, 1986: 18).

O ponto que suscitou maior discussão entre os participantes foi acerca da natureza do novo sistema nacional de saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta referente à estatização imediata foi prontamente rechaçada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer cenário hipotético, ficou claro que a participação do setor privado deveria se dar sob o caráter de serviço público “concedido”, sendo o contrato regido sob as normas do direito público. Outro tema deveras polêmico relacionava-se à separação da Saúde e da Previdência. O entendimento majoritário foi o de que a previdência social deveria se encarregar de ações próprias do “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue ao nível federal a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos

gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que completasse esse orçamento da saúde, a previdência social deveria destinar os recursos despendidos com o INAMPS para o novo órgão, retraindo-os paulatinamente, na medida em que novas fontes grassassem.

A VIII Conferência Nacional de Saúde ratificava essa conquista social, e para tanto seria imperativo:

“Garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; assegurar na Constituição, a todas as pessoas, condições fundamentais de uma existência mais digna, protegendo o acesso ao emprego, à educação, alimentação, remuneração justa e a propriedade da terra aos que a trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve” (BRASIL, 1986: 18).

Vale assinalar que, no mesmo texto, aprovou-se a criação de um sistema único de saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente a saúde da previdência e incorporando-os, possivelmente, ao orçamento global da União (Cordeiro, 2004). Na própria Conferência, já se vislumbravam barreiras e obstáculos objetivos e subjetivos para a concretização da Reforma Sanitária. Foram aprovadas moções de que as AIS não deveriam adiar a implantação do SUS; o financiamento e a discussão da operacionalização ainda teriam que ser melhores analisados, embora se recomendasse a constituição de um orçamento social que englobasse os recursos destinados às políticas sociais nos diversos ministérios e dos diversos fundos sociais, cabendo, contudo, à organização de fundos únicos de saúde, nos três níveis da Federação. Além disso, propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde - a Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Ao mesmo tempo, iniciou-se uma estratégia para a implantação do SUS, com a iniciativa, por sinal, questionada por segmentos do Movimento Sanitário e do SUDS, de que o INAMPS deslocaria seus hospitais, ambulatórios e superintendências regionais para o âmbito dos estados (Secretarias Estaduais da Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde). O processo levava adiante as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (CSN), para arrostar o risco de um relativo imobilismo do Ministério da Saúde, que não abria seu orçamento aplicado nos Estados e nos seus diversos programas, por conta da tradição verticalista da instituição (Cordeiro, 1991; Gouveia, 2000).

Os debates e recomendações que se seguiram à VIII CSN contribuíram para três graus de ação política e técnica da Reforma Sanitária: a luta pelo texto da saúde no capítulo da ordem social da Nova Constituição, os movimentos táticos e a mobilização da sociedade para a ampliação das bases sociais do Movimento Sanitário. De acordo com Paim (1990), uma das proposições para a constituição de um estratagema para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, esteve baseada na necessidade de granjear apoios favoráveis a mudanças, a partir de ações administrativas e institucionais, que representassem melhorias objetivas na organização dos serviços e no atendimento à população. As estratégias intermediárias se expressaram, até 1986, nas Ações Integradas de Saúde e, após 1987, pela substituição dessas pelos Sistemas Descentralizados e Unificados de Saúde.

Ambos os projetos viriam a receber críticas pelos departamentos técnico-burocráticos que, desde 1985, defendiam a “unificação pelo alto”, ou seja, a passagem imediata do INAMPS para o Ministério da Saúde. Segundo Paim (1990), esses segmentos desconheciam e desqualificavam de forma contumaz a relevância da estratégia das AIS. Esse dado refletiu no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que incluía a admoestação de que em nenhum momento a presença das AIS deveria ser utilizada como azo para qualquer tipo de postergação da construção do Sistema Único de Saúde. Logo após, segundo o relator do evento (Guilherme Rodrigues da Silva), o Ministério da Saúde recobrou sua política de campanhas, vertical e desintegrada, adotando medidas esporádicas para o combate à epidemia de dengue, que ameaçava várias capitais e cidades de médio porte do Sudeste e Nordeste (Cordeiro, 2004).

Os recursos definidos para cada Estado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1987, foram baseados na Programação Orçamentária Integrada (POI), elaborada no decurso do segundo semestre de 1986 pela Secretaria de Planejamento do INAMPS, e aprovada pela Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN). De maneira integrada, as verbas de investimento e de custeio deveriam ser programadas com metas aprovadas na base do sistema de saúde. Ainda que os compromissos com a municipalização variassem de Estado para Estado, o grande entrave se encontrava na participação de órgãos do Ministério da Saúde para a alocação de seus recursos.

No plano político-ideológico, a Reforma Sanitária carregou em seu bojo posições antagônicas, que somente após a materialização da Constituinte viriam à tona. Particularmente, as posições conflitantes vieram à luz a partir da realização do propalado VIII CSN, quando a saúde

fora trazida para a arena de um amplo debate político. Para além do evento específico, ele representou a grande arrancada para o embate público que haveria quando da eleição e instalação da Assembléia Nacional Constituinte.

Outro ponto respeitante às contraposições inscritas no âmago do movimento são os meios que a evidenciaram para o plano da política. Ao revés da reforma sanitária italiana, caracterizada como um fluxo de fora para dentro em relação ao aparelho do Estado, a reforma levada a cabo no Brasil se constituiu na contracorrente de sua co-irmã, ou seja, um movimento de dentro para fora, ou de cima para baixo. Nessa medida, a estratégia adotada pelos proponentes do empreendimento foi, segundo Escorel (1985), a ocupação de espaços institucionais, e de criação de projetos institucionais por pensamentos diferenciados e contra hegemônicos, pois estes passariam a ser “palcos de luta”, ou seja, elemento de disputa entre interesses diversos e conflituosos.

II. A viragem progressista

O cenário político-econômico do fim dos anos 80 apresentava diversas forças antípodas que buscavam a hegemonia em suas esferas de poder. No plano político, a Reforma Sanitária, movimento organizado e representado por uma gama de profissionais – de professores universitários, passando por sindicalistas, até políticos da constituinte – mostrou vigor e astúcia política para levar à prática as deliberações embasadas em alguns anos de intermináveis discussões, que visaram uma alternativa ao modelo de sistema de saúde vigente. Consumada a vitória, destacamos que pela primeira vez nas Cartas Constitucionais brasileiras, foi apresentada uma seção específica para a saúde, consagrando-a como direito do cidadão e dever do Estado. Entretanto, a institucionalização desse novo paradigma para o setor da saúde encontrou enormes conflitos e tensionamentos ao se confrontar com a realidade do acelerado processo de mercantilização da saúde como tendência mundial. No Brasil, esse movimento se expressou no veloz incremento do sistema privado de saúde (Vianna Apud Elias, 2004).

De forma geral, a nova constituição aduziu alguns aspectos relevantes, os quais é pertinente nos atermos. A introdução do conceito de seguridade social constituiu uma das mais importantes inovações incorporadas ao texto constitucional. Ao utilizar esse termo em sua redação, impôs-se uma transformação ao sistema de saúde brasileiro, dado que não só reconheceu

a saúde como direito social, mas também erigiu um novo modelo para a organização estatal na área. Esse novo marco referencial está figurado em dois dispositivos: Primeiro (Art. 196), assegurando que o direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento e segundo, (Art. 198), determinando como diretrizes para a organização do SUS o atendimento integral, a descentralização e a participação comunitária (Gouveia, 2000).

Como está destacado no excerto acima, a constituição do SUS foi o caminho encontrado para universalizar o direito à saúde. Este foi conformado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada, como explica o Art. 199 da Constituição Federal, pode participar do SUS em caráter complementar, mediante contrato de direito público. Vale salientar que o texto constitucional vetou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas sem fins lucrativos, bem como a participação e empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde. Ademais, foi proibida a comercialização da coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, além de tecidos e órgãos. Acerca do financiamento, este seria em parte realizado pela seguridade social, mediante recursos provenientes de contribuições sociais e de recursos dos orçamentos da União, estados e municípios, fixando-se 30% do montante da seguridade, até a que a Lei Orgânica da Saúde fosse aprovada (Draibe, 1997).

A adoção de tais medidas visou à instituição de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário que rompesse definitivamente com o *modelo corporativista*, buscando substituí-lo por um *modelo redistributivista*. A universalização descrita na carta constitucional, na medida em que incluiu grupos sociais que não contribuíram diretamente para o financiamento do sistema, é fruto da absorção gradativa de novos segmentos sociais através do esforço político do movimento da saúde. Porém, como assinalada Coutinho (1996), tomando um caminho distinto do previsto pelos sanitaristas, a universalização passou a adquirir características “excludentes”. Nesse caso, assumiu o papel não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento.

Dessa forma, o sistema de saúde aproximou-se mais do modelo norte-americano, cujo financiamento do setor é estruturado em dois subsistemas: i) privado, no qual os gastos são financiados a partir do desembolso dos beneficiários; ii) público, voltado para os segmentos populacionais delimitados, em que se operacionalizava por meio de um programa de caráter securitário (medicare) e outro assistencial (medicaid). É pertinente ao Estado, nesse caso, garantir o acesso aos serviços de saúde dos segmentos impossibilitados de se articularem por conta própria. Este padrão é diferente do inglês, gerado durante as reformas do aparelho estatal de proteção social, tendo uma universalização “inclusiva”, e com predomínio do setor público na oferta de serviços. Segundo Filho e Oliveira (1990), o tipo de financiamento do sistema está na superioridade do financiamento fiscal, que se acomoda melhor à socialização dos custos, caracterizando-se pela redistributividade e tendo como principal fonte de financiamento o Tesouro.

O paradigma norte-americano é marcado pela formação do seu aparelho de seguridade social, montado sob uma orientação predominantemente liberal, que privilegia o setor privado. Afora tal diretriz, o Estado realiza uma política de gasto voltada àqueles grupos que se encontram impossibilitados de conseguir acesso à saúde. Portanto, a ação estatal, através da política focalista, dirige-se especificamente para os pobres.

Aduzimos algumas similitudes entre os sistemas brasileiro e norte-americano:

- A forma de financiamento do gasto em saúde composto pela coexistência das redes pública e privada na oferta de serviços;
- A caracterização das clientelas que utilizam os subsistemas;
- Formas de financiamento emergentes que garantem o dinamismo e a autonomia do setor privado (Filho e Oliveira, 1990).

Portanto, inversamente ao modelo inglês, a universalização do padrão brasileiro tornou-se eficiente por efetivar o direito à saúde não pela inclusão da totalidade da população, mas sim por torná-lo apto a atender os setores sociais com menor poder aquisitivo. Nesse sentido, é possível concluir que se fez o caminho contrário daquele postulado pelo movimento da Reforma Sanitária. Na visão dos autores, a universalização excludente alcançou na prática sua função redistributiva à medida que a resistência que os setores de cima poderiam opor à manutenção dos obstáculos à entrada no sistema foi contornada pela viabilização do acesso desses segmentos ao subsistema

privado de saúde. Ao visar exclusivamente tal subsistema, as camadas mais abastadas deixam de pressionar para que os serviços funcionassem adequadamente, representando uma lógica perversa, se atentarmos para o modo de financiamento do subsistema privado, realizado pelo Estado. Nesse sentido, colocou-se uma cunha entre o público e privado, sendo que ao primeiro cabe a parte mais onerosa, e ao segundo, o acesso os serviços de “ponta” e lucrativos, restritos à camada populacional detentora de fartos recursos.

O princípio da descentralização do SUS foi perseguido a partir de duas direções: a primeira, no deslocamento do poder do centro para a periferia, através da atribuição ao município o *status* de ente federado dotado de autonomia; na determinação de que, nos casos de competência concorrentes, a União limitar-se-ia a estabelecer normas gerais; e no estabelecimento de uma nova partilha tributária que aumentasse a participação de Estados e municípios nos tributos federais e ampliasse o poder de tributar dessas instâncias. A segunda diretriz decidida foi a participação da comunidade, que só seria regulamentada dois anos depois, com a criação de duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (Coutinho, 1996). Acerca do processo de municipalização do setor da saúde, esse propósito surgiu com a Lei do Sistema Nacional de Saúde. Tal normatização estabelecia como responsabilidade do município a manutenção dos serviços de saúde de interesse da população local, distinguindo principalmente os de Pronto-Socorro, a manutenção da vigilância epidemiológica, a articulação dos projetos locais de saúde com os projetos estaduais e federais e por último, a conjugação dos serviços de proteção e recuperação à saúde ao Sistema Nacional de Saúde, que perseguia a superação da atuação compartimentada, que vigorava até então em todas as esferas de governo. O princípio da unificação das ações segmentadas dos poderes públicos, que deveriam ser organizadas e desenvolvidas num processo de interação, foi reforçado na VI e VII Conferências Nacionais de Saúde; as quais foram permeadas pelas discussões e diversas opiniões sobre articulação, hierarquização e integração dos serviços de saúde.

A descentralização foi caracterizada pela Constituição de 88, como condição central e fundamental para o pleno funcionamento do SUS, com diversos componentes:

- Combinar transferências dos níveis locais para os centrais, além de competências, mas também de recursos financeiros e físicos;

- Cabe ao governo Federal a responsabilidade por ações transestaduais no setor da saúde pública e as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e apoiar financeiramente os Estados e municípios a efetivar os intentos do Plano Nacional de Saúde;

- Aos Estados compete executar ações transmunicipais além das vigilâncias, a organização de suprimentos básicos, como medicamentos e no que tange ao financiamento, repassar recursos para os níveis municipais demarcando os critérios que deveriam ser usados para tal repartição dos custeios;

- Os municípios passam a ser unidades básicas de gestão e prestação de serviços de saúde, delimitando as formas de gestão, como a relação com os setores público e privado;

- Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde seriam relevantes órgãos de gestão, fiscalização e controle (Coutinho, 1996; Médici, 1994).

Além das diretrizes aduzidas, o plano proposto de descentralização previa uma transição entre o atual contexto centralizado para um descentralizado de planejamento de serviços:

- *Situação Transicional Incipiente*, na qual as Secretarias Municipais de Saúde passariam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos controlados nos municípios. Estes receberiam uma cota de 8% da população e assumiriam o gerenciamento integral da rede ambulatorial existente na localidade;

- *Situação Transicional Parcial*, quando Estados e municípios, afora as responsabilidades gerenciais propostas no primeiro quadro, receberiam os recursos financeiros atinentes à diferença entre o que foi gasto com as despesas do pagamento aos prestadores públicos e privados;

- *Situação Transicional Semi-plena*, na qual Estados e municípios estariam exercendo a totalidade de suas responsabilidades quanto ao gerenciamento e reordenamento do modelo assistencial;

- *Situação desejada*, aquela onde Estados e municípios, tendo assumido plenamente a gestão do SUS em suas esferas de governo, passariam a recolher o repasse financeiro global direto e de forma automática (Médici, 1994).

Deve-se deixar claro que, apesar da apresentação e conceituação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, isso significou - tão somente - um ponto de partida para uma conturbada relação entre SUS, Estado e economia. Segundo Elias:

“O SUS emerge completamente sitiado pela disposição da relação Estado/Sociedade nesse momento histórico. Encontra-se açoitado por novos e velhos problemas, como o acolhimento da mercantilização da saúde, caracterizada pela regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguros privados), e pela ineficiência social da máquina pública e por suas debilidades na regulação e área e setores estratégicos para a emancipação social” (Elias, 2004: 44).

III. Retrocesso no plano da Saúde Pública

Amplamente analisado, o final do século XX brasileiro foi de intenso alvoroço nos planos político, econômico e social, com idas e vindas de presidentes, estratégias para debelar o regime inflacionário, adoção do paradigma neoliberal. Para as políticas sociais e o setor da saúde, o período se apresentou de forma hostil, dado que a agenda liberal se impôs a partir do ajuste fiscal do Estado, o que resultou em violento “desfinanciamento” das políticas da área social.

O cenário descrito refletiu naquele que seria um momento decisivo para organização do SUS, a implementação da Lei Orgânica de Saúde⁹. Segundo Cordeiro (2004), foi uma conjuntura que se caracterizou por recuos, composições entre as forças de pressão entre diversas correntes ideológicas, com desafios renovados à práxis do movimento sanitário. Mais uma vez, os Ministérios da Saúde e da Previdência entraram em rota de colisão com ante-projetos distintos, encaminhados à Presidência da República de forma independente. Assim como ocorrera em um passado pouco distante, os pontos controversos da lei foram mediados pelo Chefe de Estado ou levados para novas negociações. Nesse sentido, a protelação das decisões fez com que elas só fossem levadas a cabo no início dos anos 1990, às vésperas da posse do presidente Fernando Collor de Mello.

A consubstanciação do SUS requer a existência e instrumentos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas passaram a representar mecanismos fundamentais para a concretização do princípio da descentralização, estabelecido na Constituição e legislação do SUS.

⁹ Lei n.º 8080, de Setembro de 1990.
CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais
Ano 2, Volume 4, Agosto 2008

As NOBs representaram instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam especificamente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de deslocamento de recursos federais para Estados e municípios. Segundo Levcovitz (2001), esses elementos foram serviram de fundamentação para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário relativamente centralizado. Vale dizer que os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo foram peças essenciais da política de saúde, pois atuaram como definidores da partilha de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera do governo no sistema de saúde.

Nos anos 90, tivemos a edição de três NOBs – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 – que trataram de outros aspectos da organização do sistema de saúde, além do citado anteriormente¹⁰. Segundo Eduardo Levcovitz:

“Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do Ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS (...) portanto, deve-se ressaltar o caráter transitório desse tipo de mecanismo, que pode ser reeditado ou substituído por outro à medida que o processo de descentralização se adianta, permitindo a atualização das regras em diferentes fases de implementação do SUS” (Levcovitz *et alii*, 2001: 271).

A NOB 91 conteve três proposições principais:

- A uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, incluindo os universitários e filantrópicos;
- A criação e ampliação e sistemas de informações informatizados e centralizados, que permitiriam acompanhar a produção e o desempenho dos serviços e saúde das esferas Estaduais e municipais, bem como auxiliar a instalação de mecanismos de controle e análise;
- A decisão de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento e o estabelecimento do rumo a ser seguido pelos sistemas de saúde locais (Médici, 1994).

O projeto de descentralização do período Collor de Mello representou uma estratégia de *municipalização tutelada*, com grande poder normativo e de alocação de recursos pelo governo federal, ainda no modelo convenial de transferências financeiras, através de critérios pouco

¹⁰ Observamos que, a despeito da importância das NOBs, uma série de outras questões relevantes para a consolidação do SUS não constituiu objeto de regulação pelas NOBs, como a questão das fontes de financiamento (Levcovitz *et alii*, 2001).

transparentes, além do pagamento direto do MS/INAMPS por procedimentos realizados, com tratamento similar para os serviços público e privado. Nesse sentido, tal alteração transformou os prestadores públicos – Estados e municípios – em meros vendedores de serviços para a União. O que estava previsto para ser uma parceria transformou-se em uma relação de compra e venda, configurando um movimento de recentralização (Junqueira, 1997).

Destarte, salientamos que a descentralização não garante o caráter democrático do processo decisório. Pode-se afirmar, se levarmos em conta o período Collor de Mello, que a descentralização *per se* não apenas é insuficiente para a concretização das demais diretrizes do SUS, mas também que seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos importantes para a consolidação do sistema, como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor da saúde aos valores democráticos¹¹. Vale salientar que, conquanto a medida tenha provocado muitas críticas e desaprovações, muitos municípios aderiram a esta norma, tendo assinado o convênio 1.074 municípios, até o final de 1993. Levcovitz (1997) justifica a adesão dos secretários municipais de saúde aos convênios, enquanto expressão do descontentamento com o relacionamento privilegiado entre as Secretarias Estaduais de Saúde e o INAMPS no período SUDS, e como forma de redarguir às necessidades prementes da descentralização.

A formulação da NOB 93 ficou marcada por elementos e eventos associados à política de saúde no princípio da década de 90: o movimento ascendente da municipalização, as críticas e dificuldades no processo de descentralização da política de saúde, e por último, o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde. De acordo com Levcovitz *et alii* (2001), o encontro, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, caracterizou-se por seu conteúdo municipalista ante as discussões dos grandes temas macroeconômicos e macropolíticos no setor da saúde. O painel traçado na ocasião sinalizou para que o processo de municipalização das ações e serviços de saúde ainda encontrava-se em estágio incipiente, seja do ponto de vista dos mecanismos de transferência de recursos financeiros federais necessários para o custeio do sistema de saúde local, seja sob o aspecto do robustecimento da capacidade gestora. Nessa acepção, ponderamos que os municípios, em boa

¹¹ O próprio avanço da descentralização assinalará a complexidade para solidificar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo (Levcovitz, 2001).

parte dos Estados, receberam funções de execução de ações e serviços de saúde sem a garantia dos instrumentos e recursos necessários às mesmas.

A partir de janeiro de 1998, o sistema de saúde brasileiro foi submetido a uma profunda reestruturação, com a entrada em vigor de uma nova regulamentação, a NOB 96¹². O documento confeccionado para a NOB 96 levou o dístico “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” e com a citação dos marcos legais que a nortearam, ou seja, os princípios e diretrizes consubstanciadas na Constituição Federal e nas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90. Portanto, reafirmaram-se, ao menos formalmente, os elementos constitutivos da universalidade, da equidade, da integralidade da assistência e da responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos (Barreto Junior & Silva, 2004). Os objetivos gerais da NOB 96 podem ser assim resumidos:

- Promoção e consolidação do pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva definição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União;
- Caracterização da responsabilidade sanitária de cada gestor seja na prestação de serviços ou na garantia da transferência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- Estabelecimento de vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela saúde, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela (Levcovitz *et alii*, 2001).

O impulso dado no sentido da responsabilização dos municípios ficou bastante evidente com a criação do SUS Municipal, que consistiu em subsistemas, um para cada localidade, que deveria responder pela totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS¹³ (Barreto Junior e Silva, 2004). Mediante tal inovação, fez-se necessário o redimensionamento das atribuições dos Estados e da União na gestão do SUS. Quatro funções elementares foram direcionadas aos estados:

- Exercer a gestão do SUS no âmbito estadual;

¹² A NOB 96 foi publicada em novembro de 1996, mas sua implementação efetiva, como citado no texto, só teve início em janeiro de 1998. No entanto, entre 1997 e 1998, o MS editou uma série de portarias com o objetivo de estabelecer alterações, medidas e parâmetros necessários a sua operacionalização (Levcovitz *et alii*, 2001).

¹³ O SUS Municipal respondia ainda pela relação entre o SUS e os estabelecimentos prestadores de serviços e sua gerência seria, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva da esfera municipal de governo.

- Promover as condições e fomentar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral;
- Assumir em caráter transitório a gestão da atenção à saúde das populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade;

Dentre as mudanças definidas pelo Ministério da Saúde por meio da edição da NOB 96, destacamos a alteração nos modelos de gestão municipal de saúde. A nova normatização extinguiu os três modelos até então vigentes e criou duas novas categorias de gestão às quais os municípios deveriam se habilitar. Os modelos diferenciaram-se ante as responsabilidades que passariam a ser atribuídas ao gestor municipal. Os dois novos modelos foram: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GSPM)¹⁴. Uma inovação se fez presente a partir da constituição do PAB (Piso de Atenção Básica) em 1997 que, somando-se às transferências anteriores, passou a destinar um valor mínimo (cerca de US\$ 8,80) por habitante/ano para custear ações básicas de saúde (Draibe, 1997). Juntamente com o PAB, outros programas básicos passaram a existir, como o incentivo ao Programa Saúde da Família (PSF) e o incentivo ao Programa e Agentes Comunitários da Saúde (PACS). De acordo com o documento editado pelo MS, o PSF consistia na criação de equipes de saúde em regime de dedicação exclusiva para que exerçam a atenção a uma comunidade, priorizando ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. Já o PACS, tinha por objetivo melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde individual e da saúde de sua comunidade, transmitindo-lhe informações e conhecimentos.

Segundo os pesquisadores Irineu B. Junior e Zilda Pereira da Silva, a instituição do Programa Saúde da Família significou uma reorientação na política de saúde, permitindo que ações focalizassem os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde, aumentando a cobertura essencial. De acordo com Draibe (2002), entre as novidades introduzidas por estes programas, duas representaram, senão um avanço, pelo menos uma correção de insuficiências do SUS: a “adscrição territorial da clientela” e a opção pela “unidade familiar” como unidade de referência. Entretanto, para Noronha e Santos (2001), o PSF, mas não somente ele – representou o início da perda da dimensão integradora das políticas de saúde, tanto no

¹⁴ O modelo GSPM era mais complexo e exigia maior capacidade do município em geri-lo do que o padrão GPAB, mas em ambos formatos, transferiam-se uma significativa parcela da responsabilidade pelas condições de saúde das populações para os municípios (Ugá *et alii*, 2003).
CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais
Ano 2, Volume 4, Agosto 2008

âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o local é privilegiado como único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e acordes às necessidades da população. A reorientação da política de saúde, figurada nos dois programas – PSF e PACS – teria feito com que se retrocedesse a uma visão “comunitária” onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Subjacente ao processo de radicalização da municipalização, estaria o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma se encontram em um intenso processo de pauperização. Segundo Almeida:

“Assim, a NOB 96 foi um ponto de inflexão importante na reforma setorial (...) privilegiou uma determinada reorganização do sistema, centrada na atenção básica e nos programas seletivos, que pela forma como vindo sendo implementados, tende a fortalecer a focalização preconizada pelos organismos financeiros internacionais” (Almeida, 1999: 240).

A implementação do PAB aparentemente corrigiu parte das desigualdades na alocação de recursos, porém recolocou vários outros problemas, tais como a necessidade de redimensionamento da variável populacional, no caso das regiões com maior cobertura dos seguros privados; a redefinição do valor *per capita* segundo necessidades, e não fixação de um único valor nacional; a consideração de uma clara definição do “pacote” de atenção básica a ser ofertado e da estrita regulação sobre o setor privado, com exigência de ressarcimento de gasto. Almeida (1999) nos alerta para importante ponto acerca da redefinição do papel do Estado no campo sanitário, pois argumenta que a partir da ênfase na regulação e no enfoque seletivo do governo, o Estado teria se inserido na perspectiva da legitimação da política econômica restritiva, ou seja, houve coerência com a mudança da função distributiva do Estado, privilegiando o setor privado, livrando-o da diversidade, da competição de mercado, mas buscou também o consenso para sua implementação, ao incluir os principais tópicos que estiveram presentes no debate crítico setorial e ao pactuar uma ação articulada entre instituições, especialmente em nível internacional.

Asseveramos que, não obstante os avanços e êxitos alcançados com o processo de descentralização, este tomou novo rumo a partir do governo Cardoso, que distintamente da concepção dos articuladores da Reforma Sanitária - que buscaram um sistema de saúde verdadeiramente único, universal e igualitário, onde as necessidades assistenciais, e não a

capacidade de pagar, definiriam o acesso e a utilização dos serviços – priorizou a delimitação da ação estatal, desresponsabilizando-o das necessidades da população, relegando parte dos municípios a sua própria sorte e ademais, buscou privatizar os serviços, através das Organizações Sociais de Saúde¹⁵.

O setor da saúde, assim como outros, foi considerado pelo Plano Diretor de Reforma do Estado, como um setor de serviços não-exclusivos do Estado, ou seja, um setor que compreendia atividades consideradas de relevância para toda a sociedade, que exige participação do Estado para sua manutenção, mas que não são necessariamente executadas pelo aparelho estatal. Afora este preceito, o plano estabelecia também outras metas que visavam o mesmo objetivo, como a criação de agências executivas e reguladoras para diversos setores e a privatização do setor destinado às atividades da produção econômica. Em outros termos, a reforma propunha a introdução da lógica empresarial nos espaços governamentais, como a descentralização, ao invés da centralização; à lógica monopolista, a competitiva; à regulamentação “excessiva” das tarefas, a proposição de objetivos e missões; à orientação por processos, a busca de resultados; aos mecanismos administrativos, os mecanismos mercadológicos.

No setor da saúde, essa iniciativa teve relevante aprovação de setores privados, como o Sindhosp¹⁶ e a Conferência Nacional de Saúde¹⁷, mas encontrou forte repúdio por parte dos movimentos populares de saúde e de entidades associativas de profissionais da área, notoriamente dos sindicatos e conselhos de fiscalização profissional (Gouveia, 1999). A respeito do tema, Boito Jr (2002), clarifica a posição dos entes privados, ante a nova “clareira” aberta para a exploração lucrativa. Para o autor, trata-se da conformação de uma nova burguesia de serviços, que cresce explorando comercialmente atividades e serviços sociais - antes assegurados pelo Estado - associada aos serviços de saúde e educação.

¹⁵ O modelo institucional das OS (Organizações Sociais) foi implantado pelo federal com a Medida Provisória n.º 1.591, de 26 de outubro de 1997, convertida em Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Naquela circunstância, estavam em andamento em âmbito federal duas experiências, a Associação de Comunicação Educativa Roquete Pinto, sediada no Rio de Janeiro, abarcando as funções da antiga Fundação Roquete Pinto, estatal que respondia por uma rede nacional de rádio e televisão, e a Associação Brasileira de Tecnologia e Luz Síncroton, localizado na cidade de Campinas, que avocou as atividades do Laboratório Nacional de Luz Síncroton, uma instituição de pesquisa. (Brasil, 1999).

¹⁶ Sindicato dos hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de pesquisas e análises clínicas, instituições beneficentes, religiosas e filantrópicas do Estado de São Paulo.

¹⁷ Órgão que reúne as principais federações estaduais de estabelecimentos privados de saúde.

IV. Conclusão

O que buscamos apresentar nesse estudo foram as mudanças – muitas delas necessárias – que o setor da saúde brasileiro passou nos últimos decênios. O setor da saúde foi estruturado somente em 1930 com Getúlio Vargas, voltado tão somente para tornar a população apta para o trabalho, de modo a utilizá-la tanto no processo de industrialização, quanto para fomentar o fluxo populacional dirigido para a constituição de grandes cidades. Afora transformações pontuais, uma considerável reestruturação do sistema de saúde aconteceu somente com a chegada dos militares ao poder. Admoestamos que foi nesse período que se deu a proliferação e fortalecimento da medicina privada no Brasil, o deixando como país pioneiro nessa atividade no continente latino-americano. Deve-se pôr em relevo também o desgaste da população pela repressão e censura do período, mas principalmente pela carestia vivenciada pelas classes populares, apesar de parte do Regime Militar ter conhecido as mais altas taxas de crescimento econômico na história do Brasil. É nesse momento que surge o movimento da Reforma Sanitária, que terá e tem inegável importância no processo de constituição de um novo *modus operandi* para o setor da saúde, a partir de novos princípios e diretrizes que adicionaram outras perspectivas para problemas que, inescapavelmente encontravam-se circunscritos à área da saúde, porém não se podia mais negligenciar suas determinações políticas, econômicas e sociais. Evocando tais dimensões, o movimento da Reforma Sanitária, através do apoio das classes populares e de uma série de segmentos profissionais, apreendeu uma nova forma de pensar o campo da saúde. Em outros termos, a constituição do SUS representou, ao menos no plano forma, a conquista de um novo paradigma para o *fazer-se* da saúde pública no Brasil.

Sempre no pólo antagônico, os setores privados de saúde foram contemplados com o contexto internacional dos anos 80 e 90. O primeiro pelas crises institucionais e econômicas brasileiras, e segundo pelo recrudescimento do pensamento liberal em boa parte dos países. Mediante o plano político-econômico internacional, vimos que a viragem rumo ao neoliberalismo no Brasil foi principiada pelo governo de Fernando Collor de Mello, tendo sido estruturada definitivamente após a eleição de Fernando Henrique Cardoso. A partir da retórica de transformações estruturais imperiosas, sob pena de perder novamente a locomotiva do crescimento econômico mundial, o governo implantou reformas em diversas áreas, com vistas a promover a acumulação de capital, através da iniciativa privada. Ao proceder a comparação

entre o que se perseguiu com a construção do Sistema Único de Saúde e as realizações do período FHC, as distinções entre diretrizes e objetivos ficam claras. Afora a necessidade legítima de modernização do sistema, dado que a realidade de qualquer formação social é dinâmica, as mudanças feitas no governo Cardoso representaram as transformações nos planos macropolítico e macroeconômico. Substituíram-se parcialmente os eixos principais do SUS – como a saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde – pelas restrições inerentes a qualquer sistema privado de saúde, através da implantação de diversos componentes da racionalidade privada no sistema público de saúde.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, Célia. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendência de mudança. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Vol. 4, n.º 2: 263 – 286, 1999.
- BOITO JR, Armando. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. Ed. Xamã, São Paulo, 1999.
- BRASIL. *VIII Conferência Nacional de Saúde: Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- CEBES. A questão democrática na saúde. *Saúde em Debate*, Vol. 9: 47 – 48, 1980.
- COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova*. São Paulo, n.º 19: 123 – 140, 1989.
- COHN, Amélia *et alii*. *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Ed. Cortez, 1991.
- COUTINHO, Joana A. *O Conselho Municipal de Saúde: um estudo da participação popular na cidade de São Paulo (1989 – 1995)*. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP, 1996.
- DRAIBE, Sônia. M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, São Paulo, 15(2) p. 64-101, nov. 2003.
- _____ Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis. Preparado para PNUD – Taller Inter-Regional “Protección Social em uma era Insegura: Um Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas en Repuesta a la Globalización” Santiago, Chile – 14/16 maio 2002.

_____ Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *Rev. São Paulo em perspectiva*, 11(4): 3-15, 1997.

ELIAS, Paulo E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *Rev. São Paulo em Perspectiva*. São Paulo: 18 (3): 41 – 46, 2004.

GOUVEIA, R. *Saúde Pública, Suprema Lei*. São Paulo: Ed. Mandacaru, 2000.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D; MACHADO, Cristian V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Vol. 6, n.º 2: 269 – 291, 2001.

MÉDICI, André C. *Economia e financiamento do setor da saúde*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994.

PETRAS, James. *Armadilha Neoliberal*. São Paulo: Ed. Xamã, 1999.