

# Políticas de saúde no Brasil: uma visão baseada nas normas reguladoras editadas no período de 1990 a 2010

Maria Helena Braga\*  
Renê Gonçalves de Matos\*  
Carolina Sperândio Braga\*\*  
Lucas Machado Moreira \*\*\*

## RESUMO

Com a Constituição Federal (CF) de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Posteriormente foi sendo construído através de normas operacionais e, mais recentemente pelo Pacto da Saúde. Neste contexto o presente estudo teve por objetivo analisar a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, buscando identificar avanços que se refere à equidade e acesso universal. Para tal utiliza como instrumentos de pesquisa as legislações e os documentos oficiais e administrativos do Ministério da Saúde editados nas décadas de 1990 e 2000. Verificou-se através dos documentos e textos acadêmicos analisados que, na prática, a regulamentação do SUS ocorreu através de normas reguladoras, criadas para operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde. Identifica a inserção da Estratégia de Saúde da Família como política prioritária para a atenção primária e os incentivos para a mudança do modelo de atenção. Destaca a fragmentação das ações e o enfraquecimento gradativo dos estados, ator desconsiderado no processo de descentralização em curso à época. Identifica os avanços na regionalização com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS SUS 01/ 2001/2002. A década de 2000 assiste a edição da Portaria GM/MS nº 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde e seus desdobramentos atuais. Concluiu-se que o SUS vem sendo implementado de forma lenta e apesar dos avanços identificados mudanças no processo de financiamento e gestão são necessárias para torná-lo efetivamente, como um direito de cidadania.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Sistema de Saúde. Legislação.

## 1 INTRODUÇÃO

Partindo do conceito utilizado por Paim e Teixeira (2006), podemos considerar uma política pública de saúde como sendo uma reposta social do Estado diante das condições de saúde das populações (indivíduos ou coletividade) e seus diferentes determinantes, bem como das relações de produção, distribuição, gestão e regulação dos bens e serviços que afetam a saúde humana e o meio ambiente. Assim uma política abrangente, do ponto

de vista sanitário, insere em sua agenda propostas de acesso com qualidade aos serviços de saúde (GIOVANELLA, 2008).

O objetivo deste estudo foi o analisar a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil a partir da promulgação da CF88, buscando identificar os

avanços do Sistema Único de Saúde, especificamente no que se refere à equidade e acesso universal.

O estudo utiliza o instrumental teórico, segundo a visão dos principais autores da saúde coletiva cabendo destacar os trabalhos de Arouca (1975), Cordeiro (1984, 1985), Donangelo (1975, 1979), Escorel (1998), Escorel e Teixeira (2008), Guimarães e Tavares (1994), Levcovitz (1997), Luz (1979, 1982), Oliveira e Teixeira (1986), Paim (2007). Nestes estudos foi possível identificar alguns fatores, tais como: a estreita ligação entre a evolução histórica das políticas de saúde e a evolução político – social e econômica da sociedade brasileira; a forte presença da lógica capitalista na sociedade brasileira, determinada por sua vinculação com o capitalismo internacional; a visão reducionista do Estado brasileiro, em relação às políticas de saúde que sempre ocuparam a periferia do sistema; a forma como o Governo brasileiro historicamente

\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Farmácia e Bioquímica, Departamento de Ciências Farmacêuticas - Juiz de Fora -MG.  
E-mail: maria.helena@ufjf.edu.br

\*\* Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora- SUPREMA. Juiz de Fora- MG.

\*\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Farmácia e Bioquímica, Juiz de Fora -MG.

definiu sua agenda de ações de saúde, que incorpora os problemas de saúde que atingem grupos sociais de regiões socioeconômicas importantes em detrimento de ações voltadas para a significativa parcela de excluídos que ainda não tem seu direito constitucional garantido de forma universal.

Foram analisados ainda documentos oficiais e as legislações editadas a partir da promulgação da CF88, incluídas os relatórios das Conferências Nacional de Saúde, através dos quais construímos um resumo temporalmente evolutivo que identifica o processo de participação da sociedade na evolução das políticas de saúde no Brasil.

Analisamos também o documento Mais saúde: direito de todos 2008-2011 (BRASIL, 2007) o que nos permitiu perceber as perspectivas futuras das definições da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) inseridas na CF 88.

Este documento confirma as análises de diferentes estudos quando afirma que um país somente pode ser denominado “desenvolvido” se seus cidadãos forem saudáveis. Para tanto, o Governo reafirma:

[...] não basta que o país tenha uma economia dinâmica, com elevadas taxas de crescimento e participação crescente no comércio internacional, se o modelo de desenvolvimento não contemplar a inclusão social, a reversão das iniquidades entre as pessoas e as regiões, o combate à pobreza e a participação e organização da sociedade na definição dos rumos da expansão pretendida (BRASIL, 2010).

O período de análise foi definido em função dos principais marcos regulatórios editados no período, entre 1990 e 2010. Para seleção dos documentos foram utilizadas as principais bases de produção bibliográfica latino-americana (LILACS, OPAS), e indexadores (BASESCIELO, MEDLINE), assim como a base de Periódicos CAPES. Inclui-se ainda as Legislações (Leis, Decretos, Normas e Portarias) e os documentos oficiais e administrativos do Ministério da saúde com destaque para as normas operacionais básicas Normas Operacionais Básicas OBS (91, 92, 93, 96), Normas Operacionais de Assistência a Saúde (2000, 2002), Pacto da saúde, Mais saúde.

O estudo foi dividido em quatro seções incluindo esta introdução e as considerações finais.

A primeira seção trata resumidamente do cenário geral que antecedeu a definição pela sociedade brasileira de buscar alternativas para garantir a saúde como direito de todo e dever do estado (BRASIL, 1988), incluído a década de 1980 até a edição das Leis Orgânicas da Saúde.

Na segunda seção nos detivemos nas análises dos estágios tanto na década de 1990 como nos anos 2000 e na terceira seção a primeira década do atual século.

Finalmente, nas considerações finais se colocam os desafios sobre o processo de formulação de políticas públicas que orientem possibilidades de uma política pública de saúde e de acesso universal.

## 2 A SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS

### DESTAQUES NA EVOLUÇÃO HISTÓRICA

No Brasil a saúde nos primeiros anos da República Velha (1889-1930) mantém o mesmo cenário do final do período monárquico, qual seja a estruturação típica do Estado capitalista burguês e palco de um quadro sanitário caótico, marcado por epidemias como varíola, malária, febre amarela e peste. Neste período, são desenvolvidas as investigações médico-sanitárias apoiadas nos avanços no campo da microbiologia, protozoologia, entomologia, helmintologia, fisiologia, etc. (CARVALHO, 2001; COSTA, 1986) e nos programas de controle de insetos e animais vetores das principais doenças, desenvolvidos por instituições estatais, vinculadas ao Instituto Pasteur. Tais programas vinculam-se aos trabalhos de erradicação das principais epidemias desenvolvidos pelo Departamento Federal de Saúde Pública, dirigido por Oswaldo Cruz (BRAGA, 1981).

A lógica do modelo então desenvolvido era a de dar suporte a uma economia agroexportadora (monocultura cafeeira), buscando garantir um sistema de saúde baseado em uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar os segmentos econômicos.

A partir dos anos 30, o Estado passa a intervir de forma crescente na economia e a assumir um novo papel na área social, na procura de legitimidade e hegemonia. Já na década de 1940, observamos o início do desenvolvimento do capitalismo no Brasil e a entrada das primeiras indústrias de investimento estrangeiro. A sociedade urbana passa a ser palco dos primeiros movimentos operários que resultaram em embriões de legislação trabalhista e previdenciária. Estes movimentos tentam romper com as precárias condições de trabalho, em curso nas sociedades urbanas em todo o mundo e, no caso do Brasil, fortalecidas pela herança recente de uma sociedade escravagista.

Mas é, particularmente, na década de 50, que se inicia um aprofundamento do modelo de desenvolvimento capitalista globalizado, e a ação estatal se direciona no sentido da modernização da estrutura produtiva do país. Na saúde, a provisão de

assistência médica é inserida no campo das políticas sociais e “passa a ser considerada uma questão política e, por conseguinte, definida no âmbito da atuação estatal” (FLEURY, 1980)

Enquanto o acesso da maioria da população fica restrito aos hospitais filantrópicos, a organização trabalhista vai se fortalecendo na perspectiva do seguro social, com a institucionalização do modelo das Caixas de Aposentadorias e Pensões iniciadas em 1923 através da Lei Eloy Chaves. Já durante todo o Período Vargas (1930-1964), o perfil epidemiológico foi marcado pela presença de doenças da pobreza (DIP) e aparecimento das doenças da modernidade, juntamente com o início da transição demográfica. No final deste período, ocorreu a transformação das Caixas de Aposentadorias e Pensões em IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) por categorias funcionais (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Cordeiro (1984) identifica, no que se refere à atenção médica, a hegemonia das entidades privadas sobre as redes estatais, a incorporação de tecnologia, a dependência de capital e a incorporação de novos provedores privados. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos (BRAGA; 1981). e sustentadas pela crescente incorporação tecnológica, surgem às primeiras empresas de medicina de grupo (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

O desenvolvimento inicial das medicinas de grupo não dependeu de qualquer planejamento governamental, mas, por ocasião da unificação da Previdência, algumas dessas empresas foram chamadas pelo Governo para atuar na prestação suplementar de serviços médicos a instituições previdenciárias, o que representa importante aporte financeiro garantindo o fortalecimento do setor no período (BAHIA, 2008).

Assim, podemos perceber que as políticas sociais definidas ao longo do Período Republicano até a década de 1970 eram voltadas para a população que se vinculava ao setor produtivo urbano. Articulando os dois contextos Barros, Piola e Vianna (1996) caracterizam o sistema de saúde brasileiro, antes da reforma sanitária dos anos 80, como excludente quanto ao acesso, fragmentado institucionalmente, fortemente centralizado no nível federal e com clara opção pela compra de serviços médicos do setor privado.

É no final deste período que ganha centralidade o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como marco a III Conferência Nacional de Saúde (1963), que propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. Porém, a reação das forças sociais conservadoras levou ao Golpe Militar de

1964, interrompendo o debate que vinha ocorrendo até então (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

### 3 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL:

#### CONSTRUÇÃO RECENTE

O período de repressão compreendido entre o golpe militar de 1964 e a reorganização da sociedade no processo de abertura democrática (década de 1980) é palco de importantes acontecimentos, como veremos a seguir.

#### 3.1 Perspectivas de acesso universal às ações e serviços de saúde

Em um forte regime de repressão, apoiado nas determinações do Ato Institucional n. 5, o Brasil assiste às primeiras medidas que identificam a transformação do modelo de atenção à saúde previdenciária para um modelo com características universalistas. O Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) - promoveu o atendimento aos trabalhadores rurais e seus dependentes, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) - e, principalmente, o Programa de Pronta Ação (PPA) - foram tornando o sistema de saúde brasileiro mais abrangente e inclusivo.

O Governo militar promoveu ainda a reestruturação interna da Previdência Social no Brasil. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), reunindo em um sistema único os seguintes órgãos: Instituto Nacional de Previdência Social, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), dentre outros. Com a criação do SIMPAS o INPS perdeu a função de responsável pela assistência médica, sendo a mesma transferida ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado também em 1977.

Segundo Bravo (2004), durante o regime militar, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

No final dos anos 70, as estratégias para redução de custos contrapõem à forte tendência de expansão do atendimento médico para os setores

ainda não cobertos. Ainda nesta década, retomava-se a discussão, fora do aparato estatal, por uma corrente contra-hegemônica que preconizava como proposta – para a melhoria da assistência médica no país – a descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, na mesma linha interrompida pelo Golpe Militar em 1964.

É neste contexto que a base do pensamento sanitário articula as discussões da VII Comissão Nacional da Saúde (CNS), apoiada nas propostas da Conferência de Alma-Ata (1978) sobre os cuidados primários de saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000). Aqui a descentralização dos serviços para os municípios tornou-se uma das principais marcas da nova correlação de forças na saúde, concretizando algumas das mais importantes propostas de reforma na saúde no Brasil.

Este movimento ganha força no início da década de 1980, tendo em vista o aprofundamento da crise do sistema de saúde instalado a partir da década de 1970. O Governo federal, premido pelas demandas populares, anunciou a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com objetivo de integrar os ministérios da Saúde e da Previdência Social na prestação de serviços de saúde, articulados com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em 1982, ocorreu então a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e, a seguir, a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1989).

Continuo às, foi implantado, em 1987, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), estratégia preliminar para consolidação formal da reforma sanitária brasileira, que acontecera em 1988, com a criação do SUS (BRASIL, 2007; COSTA, 1986).

Para tanto, é no ambiente de euforia pela conquista da democracia que a sociedade participa ativamente da VIII CNS em 1986, em que foram formuladas as proposições políticas para a saúde, com recomendações, em grande parte, incorporadas, via Assembleia Nacional Constituinte, na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Esta Constituição redefine o conceito de saúde, além de incorporar dimensões intersetoriais como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, entre outros. O artigo 196 dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Além do direito universal à Saúde e o dever do Estado de garantia deste direito, as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública,

cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle.

Foi com este compromisso que a CF88 formalizou o SUS, que foi, a seguir, regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, dando seqüência à reforma do sistema e dos serviços de saúde, inspirada nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação social.

Ao mesmo tempo em que estes esforços eram empreendidos, o sistema suplementar era contemplado no artigo 199 da CF88, que define que a “[...] assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Esse dispositivo permitiu uma ampla articulação do setor privado de saúde nas últimas décadas, tornando os serviços de saúde no Brasil mais complexos e segmentados, com distintos padrões de acesso, qualidade e integralidade de atenção, como poderemos observar a seguir (BAHIA, 2008).

### 3.2 Fragmentação do SUS nos anos 90

O período inicial de implantação do SUS sofre um padrão de intervenção estatal na saúde, denominado por Médici (1993) de “descentralização tutelada”, uma vez que os recursos voltam a ser negociados de forma clientelista, estratégia já anteriormente utilizada na contratação de convênios geridos pelo INAMPS na década de 1970 (CORDEIRO, 1984).

A análise dos documentos e textos acadêmicos produzidos ao longo da década de 1990 demonstra que a regulamentação do sistema ocorreu através de normas reguladoras, denominadas normas operacionais básicas (NOB), criadas para operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde (CARVALHO, 2001). Assim, o Sistema de Saúde Brasileiro perpassou, na década de 1990, pelas seguintes normas operacionais: NOB INAMPS/91 (BRASIL, 1991), NOB-SUS/93 (BRASIL, 1993) e NOB-SUS/96 (BRASIL, 1996).

Outro aspecto que também pode ser evidenciado através da análise textual é que as políticas de ajuste neoliberal desenvolvidas pelo Governo Federal na década de 1990 priorizaram a gestão descentralizada como estratégia de retração dos gastos públicos em saúde. As limitações do financiamento da saúde determinadas pelas medidas econômicas, políticas e administrativas eram pouco favoráveis à expansão dos direitos sociais, previstos na CF88 (BAHIA, 2001).

Baptista (2007), analisando as portarias ministeriais do período de 1990 a 2002, evidencia a pouca regulamentação voltada para ações de planejamento, controle e avaliação do sistema. Para esta autora, o Governo Federal, valendo-se da alternativa das normas operacionais, minimizou a função do planejamento

Já na edição da primeira Norma Operacional Básica, a de nº 01/91, instituída pelo Presidente do INAMPS, previa-se, de acordo com a legislação, a gestão descentralizada do SUS – um dos requisitos legais para a transferência de recursos para os municípios. Na prática, esta norma descaracterizava os principais objetivos do SUS, ao redefinir a lógica de transferência de recursos a estados e municípios e, conseqüentemente, de organização do Sistema.

O impeachment do presidente Collor (1992) permite uma rearticulação das lideranças do movimento pela reforma sanitária e a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, com objetivo de discutir os caminhos para a retomada da implementação do SUS.

A formulação da estratégia para a descentralização, pautada nas recomendações da 9ª Conferência, já no Governo Itamar Franco (1992/1994), foi divulgada no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (LUCCHESI, 1996).

Este documento, após discutido constitui as bases da Norma Operacional Básica nº 01/93 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada em 20 de maio de 1993, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 (BRASIL, 1996).

Outro fato importante a ser destacado neste período foi a extinção do Inamps, através da Lei nº 8.689, em 27 de julho de 1993. Desta forma, as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS, que, muitas vezes, se confundiam com as do Ministério da Saúde passaram a ser absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde.

Para tanto, foram constituídas Comissões Intergestores como instância privilegiada de negociação, pactuação, articulação, e integração entre gestores, visando à operacionalização da descentralização. Na esfera federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é constituída igualmente por representantes do Ministério da Saúde, da entidade de representação dos secretários estaduais de saúde - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e da entidade de representação dos secretários municipais de saúde – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Na esfera estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é formada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade de representação do conjunto dos secretários municipais de saúde do estado.

Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso em 1994 e o início de sua gestão, a partir de 1995, surge a proposta da edição da norma operacional do SUS, a

NOB nº 01/96. Os objetivos desta norma constituíam-se em avançar no processo de descentralização, da gestão e nas propostas de financiamento. Teve sua publicação definida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.203, de 6 de novembro de 1996, mas só foi implantada em janeiro de 1998. Definia formas de repasses financeiros, com transferência regular e automática fundo a fundo, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada.

Previam incentivos para a mudança no modelo de atenção à saúde e avaliação dos resultados (BRASIL, 1996). A grande dificuldade para implementação das ações previstas nesta norma foi à insuficiência de recursos financeiros que, após um ano de discussão, levou à criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1997.

Podemos dizer que a NOB 01/96 consolida a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados (MENDES, 2009).

Observa-se ainda que o resultado final do processo regulatório, por meio de normas operacionais, na década de 90, incluiu diferentes estratégias burocráticas que contam para sua operacionalização com a programação pactuada integrada (PPI); centrais de regulação; habilitações diversas para estados e municípios, através das quais os entes federados assumem compromissos e pactuam acesso aos recursos e incentivos financeiros; câmaras de compensação entre outros (BRASIL, 2007; MENDES, 1999; 2009).

É neste contexto de fragmentação, que, no segundo mandato de FHC e sob a gerência de José Serra no MS, assistimos ao fortalecido Programa de Saúde de Família (PSF) e o expressivo crescimento da atenção ambulatorial básica, concomitante à diminuição relativa do financiamento de internações hospitalares e, em menor proporção, de procedimentos de média e alta complexidade (MATTOS; COSTA, 2003).

Neste período, o setor privado de atenção à saúde consolidou-se como provedor em dois nichos de mercado: um que capitaliza lacunas de oferta de alguns serviços mais bem remunerados pelo setor público, ofertando serviços em que o pagador é o Estado; e outro, que garante a oferta “diferenciada” de serviços de saúde a segmentos da população que fazem uso seletivo do sistema público (BAHIA, 2001). Fica confirmado que as classes privilegiadas utilizam o SUS de maneira seletiva (VIANNA; LEVCOVITZ, 2005).

Análises recentes sobre a política de descentralização impulsionada pelos instrumentos

normativos fundamentados nas normas operacionais básicas, principalmente as NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96, tornam, apesar do significativo processo de descentralização que ocorreu em nível municipal, evidentes alguns problemas regulatórios na inter-relação dos sistemas municipais e estaduais de saúde (BRASIL, 2010; MENDES 2009).

A Programação Pactuada e Integrada (PPI), proposta pela NOB-SUS/96, que tinha como princípio esta regulação, não foi implementada de maneira que superasse os problemas burocráticos de acesso da população entre os municípios e/ou estados (ANDRADE; LISBOA, 2000; BRASIL, 2007; MENDES 2009).

Assim, tendo por base fundamentalmente o caráter político, sobrepondo ao organizacional, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 instituída pela Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001.

As condições de gestão estabelecidas pela NOAS-01/02 (BRASIL, 2002) explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão: gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal e as prerrogativas municipais e estaduais, ao exercer o papel de fio condutor clássico capaz de viabilizar, por meio do financiamento, a política pública (MENDES, 2001).

A habilitação proposta por essa norma pressupõe que estados e municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação, visando à garantia de ações integrais e resolutivas, quanto aos problemas de saúde da população.

No entanto, apesar dos esforços das três esferas de gestão na execução das disposições da NOAS 01/02, observa-se certo descompasso nesse processo, uma vez que os estados encontravam-se em momentos diferentes de operacionalização da nova estratégia de gerenciamento do SUS no Brasil (BRASIL 2002).

Podemos dizer que a NOAS 01/2002 pretendeu avançar na consolidação do SUS com base no aprimoramento da regionalização do sistema, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, no reforço do comando único sobre os serviços em cada território e na organização dos mecanismos de regulação do acesso (MENDES, 2009).

Observou-se, porém, que muitas das propostas previstas nos documentos de planejamento (PDR e PDI) não foram concretizadas, e, desta forma, a proposta de regionalização da NOAS também não se efetivou.

Fica claro, portanto que, para a transformação do SUS num verdadeiro sistema único de saúde para

os brasileiros, é necessário uma retomada às suas propostas originais, quais sejam: aprimorá-lo no sentido de uma prática social ampliada, reconduzindo ao eixo de um sistema público mais democrático, mais justo, mais eficiente e com serviços de melhor qualidade (CAMPOS, 2009; PAIM, 2007).

### **3.3 As ações de saúde no início do século XXI: uma retomada de rumos?**

Transposta a primeira década de implantação do SUS, passando por crises fiscais, políticas de ajuste macroeconômico e reforma do estado, torna-se necessária a busca de alternativas para vencer os desafios postos para a atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2010).

O ano de 2003 teve início com a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a realização de uma série de conferências temáticas, demonstrando claramente uma reorganização do controle social no desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil.

A 12ª CNS ressaltou a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS, com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Os eixos temáticos que compuseram a pauta desta conferência foram: o direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; o trabalho na saúde; gestão participativa; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento do SUS; informações, informática e comunicação.

Para avançar na organização do SUS, a gestão do MS editou a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL 2006a), que divulga o Pacto pela Saúde – com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Na data de 3 de abril de 2006, foram publicadas a Portaria GM/MS n. 699, que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, e a Portaria GM/MS n. 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Essa portaria foi substituída pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007.

O Pacto pela Saúde (PS) surge no cenário brasileiro em um momento de transição das normas regulatórias e propõem a qualificação e fortalecimento do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde à luz da evolução e aprimoramento do processo de pactuação intergestores. Está apoiado em três componentes: o Pacto pela Vida (PV), o Pacto em Defesa do SUS (PDSUS) e o Pacto de Gestão (PG).

O pacto pela vida é “o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2006a). As prioridades pactuadas apresentam-se divididas em seis grandes vertentes: a saúde do idoso; o controle de câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL 2006a).

A atenção básica continua sendo priorizada por meio do apoio instituído aos diferentes modos de organização da atenção, mantendo a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e incentivos para sua consolidação em grandes centros e a ampliação desta em municípios de pequenos e médios portes, respeitando suas diferenças regionais (BRASIL 2006b). Quanto ao financiamento e à infraestrutura, garante o funcionamento das unidades de atenção primária à saúde (UAPS) a partir de recursos provenientes das três esferas de gestão do SUS.

Em relação aos recursos humanos necessários, reafirma a necessidade da inserção dos profissionais nas redes locais de saúde, com vínculos de trabalho que favoreçam a sua fixação territorial.

O pacto em defesa do SUS expressa “o compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública” (BRASIL, 2006a). Neste cenário as modalidades de gestão, a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania, o controle social e ainda a transparência de seu processo de fiscalização (BRASIL, 2006a), são instrumentos para uma construção coparticipativa do SUS.

O pacto de gestão, uma alternativa real para o processo de administração em saúde no Brasil, estabelece

[...] as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006 a).

Assim, esse pacto concorre positivamente aos legítimos anseios gerados pelo movimento sanitário, em busca da equidade social na saúde, uma vez que é uma alternativa real de avanços nas ações e serviços de saúde no Brasil.

Também o princípio da regionalização, assegurado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e pela

Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), adquire a função de eixo estruturante do Pacto de Gestão. Neste pacto as unidades pactuadas são

[...] recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006a) somente o ano.

Estes territórios devem acatar os seguintes critérios: contiguidade entre os municípios, respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural; existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação; existência de fluxos assistenciais que devam ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, destacam-se, entre as diretrizes norteadoras do processo de pactuação, a flexibilidade no planejamento, respeitando as prioridades fixadas pelos planos de saúde em cada esfera de gestão; a submissão à ordem hierárquica entre as ações básicas e às de maior complexidade; a integração com a programação da vigilância em saúde; a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência; a avaliação periódica ao desenvolvimento das ações (BRASIL, 2006a). Vale ressaltar ainda que a PPI deve guardar íntima relação com o desenho da regionalização a qual está vinculada, assumindo e moldando-se às suas características.

No entanto ainda é necessário romper com os entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão, mas sobretudo quanto à articulação com as ações de saúde desenvolvidas pelo cada vez mais poderoso Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) – a nível globalizado. O enfrentamento do desfinanciamento e as várias proposições de políticas focalizadas presentes nas definições políticas por diversos períodos e diferentes gestões do MS são prioridades estruturante do Pacto de Gestão. (CARVALHO, 2001).

A análise do Mais Saúde: Direito de Todos – 2008-2011, na sua terceira edição, demonstra uma nova percepção por parte da direção do MS da saúde “não apenas como uma política social” (BRASIL, 2010), mas também como parte integrante do desenvolvimento econômico do país. Para desenvolvimento de suas propostas, este documento apresenta metas distribuídas em oito eixos de intervenção: Promoção da Saúde; Atenção à Saúde; Complexo Industrial/Produtivo da Saúde; Força de Trabalho em saúde; Qualificação da Gestão, Participação e Controle Social, Cooperação Internacional e Saneamento.

Como já destacado, a articulação das metas previstas pelo Mais Saúde propõem priorizar, em todos os seus oito eixos de intervenção, os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, principalmente nas dimensões do Pacto pela Vida. Pretende também aprofundar a estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, buscando um aumento da eficiência sistêmica e organizacional através de redes integradas e regionalizadas de saúde no território brasileiro.

Fica claro na análise do documento que a linha estruturante de suas propostas é a articulação entre as atividades do complexo Industrial/Produtivo da Saúde, propondo um padrão de desenvolvimento nacional considerado fundamental para a qualidade de vida de seus cidadãos em suas múltiplas dimensões. Neste sentido, define metas de investimentos, inovações, voltadas para destacadas áreas consideradas negligenciadas pelas políticas anteriores.

#### 4 CONCLUSÃO

O reconhecimento constitucional da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado estabeleceu a base para a criação do SUS que, apesar

das dificuldades para o seu funcionamento ainda é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

Romper com suas dificuldades significa avançar na avaliação de todo processo sobretudo no que se refere a participação do setor privado, visando diminuir as contradições e a injusta competição que tem aumentado os resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde.

Significa ainda, estruturar a rede de serviços de saúde tendo por base os fundamentos da atenção básica, buscando inserir de forma regionalizada e hierarquizada os diferentes pontos de saúde necessários para garantir acesso universal e integral à promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Assim o maior desafio do SUS é político. É premente garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica científica e tecnológica com destaque para a formação dos seus recursos humanos.

## Health policies in Brazil: a vision based on regulatory rules published from 1990 to 2010.

### ABSTRACT

With the Federal Constitution (FC) from 1988 it was created the National Health System (SUS), regulated by the Laws 8.080/90 and 8.142/90. Later, it was being built by operational rules and, more recently, by the Health Pact. In this context, the present study has aimed to analyze the trajectory of public health policies in Brazil, looking forward to identify advances that refer to equity and universal access. For such purpose, it uses as research tools the laws and official and administrative documents from the Ministry of Health published in the decades of 1990 and 2000. It was found through the documents and academic texts analyzed that, in practice, SUS regulation occurred through regulatory rules, created to operate the changes foreseen in the Constitution and in the Health Organic Law. It identifies the insertion of the Family Health Strategy as a priority policy for primary care and the incentives to change the model of care. It highlights the fragmentation of actions and the gradual weakness of the states, actor disregarded in the decentralization process current at the time. It identifies the advances in regionalization with the edition of the Operational Health Care Rule, NOAS SUS 01/2001/2002. The 2000s watch the edition of the Directive GM / MS 399/2006, which discloses the Health Pact and its current unfolding. It was concluded that SUS has been implemented slowly and, despite the advances identified, changes in the funding process and management have been necessary to make it effective as a right of citizenship.

Keywords: Health Policy. Health Systems. Legislation.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.; LISBOA, M. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Escola de Pós-Graduação em Economia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 35- 42, 2000.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 1975.
- BAHIA, L. A janela demográfica, crescimento econômico e as políticas de saúde e proteção social. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1112-1114, 2008.
- \_\_\_\_\_. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pósregulamentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Radiografia da Saúde no Brasil**. Campinas, SP: Ed. UNICAMP, 2001. Pt. 4, p. 325-362.
- BAPTISTA, T. W. de F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007.
- BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996.
- BRAGA, J. C. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988
- \_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o financiamento e o Controle social e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez., 1990b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mais Saúde**: Direito de todos, 2008-2011. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do sistema de saúde/NOB-SUS 91**. Brasília, DF, 1991.
- \_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do sistema de saúde/NOB-SUS 93**. Brasília, DF, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do sistema de saúde/NOB-SUS 96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. **Plano nacional de saúde 2004-2007**. Brasília, DF, 2004.
- \_\_\_\_\_. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando descentralização com equidade no acesso: a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/02. Brasília, DF, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Saúde no Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/gestor/visualizar\\_texto.cdm?dtst=38462](http://portal.saude.gov.br/gestor/visualizar_texto.cdm?dtst=38462). Acesso em: 30 jan. 2011.
- \_\_\_\_\_. **Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a.
- \_\_\_\_\_. **Portaria GM 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, DF, 2006b.
- BRAVO, M. I. **A política de saúde no Brasil**: trajetória histórica. In: CAPACITAÇÃO para conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Versão revista e ampliada, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 47-55, jan./abr., 2009.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-447, 2001.
- CORDEIRO, H. **A indústria de saúde no Brasil**. 2. ed: Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- CORDEIRO, H. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petropolis: Vozes, 1986. v. 2.
- DONNANGELO, C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DONNANGELO, C. **Medicina e sociedade**. 1975. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. São Paulo, 1975.
- ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil Contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

- ESCOREL, S. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. de. **A universalização excludente**: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.
- FLEURY, S. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p.21-37, jan./mar.1980.
- GADELHA, C. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.
- GIOVANELLA, L. (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.
- GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- LEVCOVITZ, E. **Transição e consolidação**: o dilema estratégico da construção do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde. Tese (Doutorado) — IMS/ UERJ, Rio de Janeiro, 1997.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implantação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.14, p. 75-156, 1996.
- LUZ, M. T. **As Instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- \_\_\_\_\_. **Medicina e ordem política**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MATTOS, R. A.; COSTA, N. R. Financiando o SUS: algumas questões para debate. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1 (2): p. 315-334, 2003.
- MÉDICI, A. C. Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990. **RSP Saúde em Debate**, Londrina, n. 40, p. 26-32, set. 1993.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo:Hucitec, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. I.
- \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública–MG, 2009.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: SAÚDE e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, 1994.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. **(Im) previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes: ABRASCO, 1986.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. **Investigación sobre las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe**: una propuesta de acción concertada. Salvador, 2000.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, número especial, São Paulo, 2006. p. 73-78.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado)- UFBA, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIANNA, L. W. **Liberalismo e sindicato no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- VIANNA, A. L.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANNA, A.L; ELIAS, P. E. M.; IBANEZ, N.(Org). **Proteção social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p.15-57.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

Enviado em //

Aprovado em //