



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 1 – POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES E PERSPECTIVAS

Autores:

Luciane Miranda Guerra

Mestre em Odontologia Legal e Doutora em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP, Docente do Departamento de Odontologia Social

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

Ana Maria Saraiva Delgado

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Piracicaba/ SP, Professora ETEC Paula Souza, Especialista Saúde Pública e em Enfermagem do Trabalho – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva –FOP/ UNICAMP

Erika Tanck

Enfermeira da Prefeitura de Piracicaba/ SP; Especialista Saúde da Família – UNIFESP; Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Mariângela Di Donato Catandi

Médica de PSF da Prefeitura de Piracicaba/SP, Otorrinolaringologista do CEPAE/FOP/UNICAMP, Especialista em Otorrinolaringologia – USP/RP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos do capítulo

Este capítulo pretende descrever e discutir a evolução dos modelos de atenção e assistência em saúde no Brasil desde o período colonial até os dias atuais, bem como a construção do Sistema Único de Saúde, sua historicidade, princípios, desafios e perspectivas.

Ao final dessa leitura, espera-se que o leitor:

- Reconheça o processo histórico da saúde no Brasil
- Conheça o processo de construção do Sistema Único de Saúde
- Identifique as fragilidades, desafios, potencialidades e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil

Conteúdo Programático

Considerações Iniciais

Revisão histórica da Assistência em Saúde no Brasil

Movimento pela Reforma Sanitária e a construção do SUS

Pacto pela Saúde

Decreto 7508/2011: um salto para a Regionalização em saúde

Considerações finais

Leitura Obrigatória

Roncalli, AG. 2003. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed 28-49.

COSEMS (Conselho dos Secretários Municipais de saúde). SUS e Cosems: Da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/25-Anos.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2015.

Leitura complementar

Risi Jr. JB e Nogueira RP. As condições de Saúde no Brasil. In: Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Editora FIOCRUZ, 2002.

Atividades

1. Descreva como estão estabelecidos os equipamentos de saúde em seu Município
2. Como o Município deve se organizar para atender aos princípios e diretrizes do SUS?
3. Quais os pontos de fragilidade encontrados no atendimento à saúde em seu Município?
4. Assista ao vídeo: Políticas de Saúde no Brasil.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VvvH4bd3JQE>

1. Considerações Iniciais

O estudo das políticas de saúde é de grande relevância para se compreender melhor uma sociedade. A forma como se dá a relação do Estado com os indivíduos no tocante ao bem maior de todos que é a vida, reflete o modelo de política social adotada – mesmo que nem sempre assumida – por esse Estado.

No entanto, a tarefa de estudar a saúde pública requer bem mais do que apenas o conhecimento da estrutura e das relações existentes no seu sistema de prestação de ações e serviços. Conforme Merhy (2014), é necessário o estudo da natureza das relações sociais estabelecidas no local e no tempo, bem como das opções políticas que se desenham pelas forças sociais. Somente assim se pode compreender a saúde pública enquanto política social.

Nesse sentido, o presente capítulo guiará o leitor pela história das Políticas Públicas em Saúde no Brasil e seus respectivos modelos assistenciais, passando pela descrição das forças políticas e sociais atuantes em cada período histórico. Com isso, espera-se induzir reflexões e estabelecer conexões entre o passado, o presente e as perspectivas futuras.

O presente estudo, portanto, considera a relação direta entre a evolução política, social e econômica da sociedade brasileira e a evolução das políticas de saúde.

Além disso, leva em conta (Polígano, 2001):

- A influência do capitalismo internacional, sempre norteando a evolução da sociedade brasileira;
- O fato de que a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro.
- Historicamente as ações de saúde sempre focalizaram grupos e regiões de interesse da estrutura social vigente, deixando à margem grupos dispersos e não organizados
- O direito à Saúde, no Brasil, é resultado exclusivamente de lutas, organização e reivindicação dos trabalhadores, e não de empenho de forças do Estado;

A fim de focalizar esse estudo nos modelos oficialmente adotados pelo Estado brasileiro e suas influências e interferências no momento atual, faremos uma breve “*passagem*” pelo período anterior a república velha (1500 até 1889) e, em seguida, uma abordagem da ação e da postura do Estado brasileiro em relação à saúde da população em cada momento histórico.

2. 1500 até a República

Desde o seu descobrimento até a instalação do império, o Brasil não contava com nenhum modelo de atenção à saúde da população, nem tampouco com o interesse dos seus governantes em fazê-lo. Havia apenas os recursos da terra, como plantas e ervas e o conhecimento empírico de curandeiros e pajés.

No entanto, a chegada da família real ao Rio de Janeiro trouxe a necessidade da criação de uma estrutura sanitária mínima, já que se tratava da capital do império. Assim, delegaram-se atribuições sanitárias às chamadas *juntas municipais*, além de se fazer um controle dos navios e dos portos. Nisso se resumia toda a ação pública de saúde da época (Polignano, 2001).

Com exceção da corte, a alimentação da população em geral era precária e a limpeza da cidade era confiada aos urubus (Gomes, 2007).

Também eram escassos os médicos. No Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro exercendo a profissão, e nas demais localidades, nenhum. Diante da carência desses profissionais, disseminaram-se pelo país os *Boticários*, os quais invariavelmente indicavam – eles mesmos – os fármacos (Salles, 1971).

Outra importante característica, que marcou as concepções de saúde, doença e cuidado nessa época era sua vinculação com crenças e fenômenos religiosos. O Brasil, colonizado por europeus, recebia, logicamente, as influências dos costumes e das crenças europeias. E, na Idade Média europeia, a religião cristã delineava a concepção da doença como resultado do pecado, assim como a cura como uma questão de fé. As ordens religiosas se encarregavam do cuidado de doentes e da administração do hospital, o qual, por empenho do cristianismo, se desenvolveu como um lugar de abrigo e conforto, e não exatamente de cura (Scliar, 2007).

3. República Velha

Com a proclamação da República, em 1889, o controle político ficou nas mãos dos grandes proprietários, estabelecendo-se o Coronelismo, que representava interesses capitalistas predominantemente agrários (Polignano, 2001).

A nascente economia exportadora de café na região Sudeste no início do século XX revelou a necessidade de melhoria das condições sanitárias. Dessa forma, o controle das endemias e o saneamento dos portos e do meio urbano tornaram-se uma efetiva política de Estado. Essas ações, contudo, ficaram concentradas entre Rio de Janeiro e São Paulo, que era, então, o eixo exportador e administrativo da nação (Risi Jr. e Nogueira 2002).

O início do século foi, portanto, marcado pelo crescimento da atividade agro – exportadora cafeeira e, conseqüentemente, pela formação de um mercado de trabalho com integração produtiva entre os setores urbano e rural, mas fortemente composto, também, por imigrantes. Entre 1901 e 1920, entraram no país cerca de 1,5 milhão de estrangeiros. A preservação dessa “massa trabalhadora” num contexto de relativa escassez de oferta de trabalho, significava, portanto, uma garantia para o sucesso da política governamental, inclusive para a atração de força de trabalho estrangeira. Febre amarela, peste bubônica e varíola eram algumas das ameaças a esse projeto capitalista.

Nesse contexto, surgiram as primeiras ações de atenção à saúde, caracterizadas pelo controle focal dessas enfermidades. (Risi Jr. e Nogueira 2002).

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o Estado de São Paulo recebeu importante corrente de imigrantes italianos e, em bem menor escala, de outras nacionalidades. A partir de 1908, iniciou-se outra grande corrente migratória, a dos japoneses. Os imigrantes italianos vieram principalmente para trabalhar na agricultura (café), substituindo os escravos negros que haviam sido libertados em 1888. Após alguns anos de trabalho nas plantações de café, os italianos, na grande maioria, mudaram-se para as cidades. O município de São Paulo recebeu muitos desses imigrantes e, no registro de óbito, como ainda atualmente, constava a nacionalidade do falecido.

As concepções europeias sobre saúde e doença, que caracterizaram o final do século XIX, ecoavam no Brasil no início do século XX, causando importantes impactos. A “Revolução Pasteuriana”, responsável pela identificação, cura e prevenção de diversas doenças impulsionou a chamada “Medicina Tropical”. Afinal, os países tropicais, da mesma forma que atraíam por suas riquezas, afugentavam mão de obra por suas epidemias. Empreendimentos, portanto, eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas (Scliar, 2007).

- No início do século XX, o Rio de Janeiro era conhecido como o “Túmulo dos Estrangeiros”. Era, portanto, um desafio ao desenvolvimento do país.
- Visando ter uma capital moderna o Presidente Rodrigues Alves estabeleceu como prioridades: o saneamento e a reforma urbana da cidade.
- Para isso, convidou o engenheiro Pereira Passos para a Prefeitura e o sanitarista Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública

Nesse período, portanto, a nação brasileira sofria o impacto da mortalidade pelas epidemias de doenças transmissíveis, particularmente da febre amarela e da malária. Isso se refletiu nos principais canteiros de obras nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo. Consequentemente, o governo implantou o incentivo público às pesquisas biomédicas, em especial às doenças tropicais. As equipes de trabalho eram organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Iniciavam-se, assim, as campanhas sanitárias, que deram origem ao modelo Campanhista (Brasil, 2015).

Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, iniciaram importantes campanhas para o combate da Febre Amarela e, em 1904, entrou em vigor a lei de vacinação compulsória contra a varíola (Risi Jr. e Nogueira, 2002).

Nesse período, a assistência médico-hospitalar se dava, em sua maioria, por entidades beneficentes e filantrópicas e pelas diversas mutualidades, principalmente os portugueses, os espanhóis e os italianos (Risi Jr. e Nogueira, 2002).

As campanhas sanitárias, desenvolvidas por Oswaldo Cruz demonstraram grande capacidade de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde. Estas obtiveram sucesso devido aos seus resultados no controle das epidemias; contudo, geraram movimentos populares de revolta em razão da sua compulsoriedade. Trabalhadores, organizados em suas associações, protestaram e organizaram a “Liga Contra a Vacinação Obrigatória”. Choques com a polícia, greves, barricadas, quebra-quebra e tiroteios nas ruas revelavam o levante da população contra o governo. E, dessa forma, em 13 de novembro de 1904 eclodiu a “Revolta da Vacina” (FUNASA, 2015).

Saiba Mais:

- No dia 13 de novembro de 1904 estourou a Revolta da Vacina.
- Tiroteios, greves, choque com a polícia, barricadas, quebra-quebra nas ruas. A população se levantava contra o governo.
- No dia seguinte, a escola Militar da Praia Vermelha aderiu à rebelião. Os cadets somente foram dispersados após intenso tiroteio.
- No bairro da Saúde, no Porto Arthur carioca, os protestos continuaram.
- O Governo decretou estado de sítio.
- No dia 15 de novembro o levante foi derrotado. O governo suspendeu a obrigatoriedade da vacina.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, fez inúmeros avanços na Saúde Pública, lançando diversas medidas de reestruturação da saúde, inovando o modelo companhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial (Benchimol, 2001; Finkelman, 2002; Polignamio, 2001).

MARCOS TEÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL		
De 1500 a 1889	República Velha (1889)	Início do Século XX
Nenhum Modelo de Atenção à Saúde;	Período marcado pelo Coronelismo e economia exportadora de café.	Com Oswaldo Cruz, combate à febre amarela
Com a chegada da família real ao Brasil, houve uma primeira indução à Políticas Sanitárias mínimas: controle de navios e portos;	Necessidade crescente de melhorias sanitárias para preservação da “massa trabalhadora”;	Lei da vacinação Compulsória;
Em 1789, existiam no Brasil apenas 4 médicos;	Primeiras ações de controle focal das enfermidades: febre amarela, peste, varíola.	Articulação do Conhecimento científico à Competência técnica e organização do processo de trabalho em saúde;
Forte vinculação religiosa para concepção da doença.	Empreendimentos ameaçados pelas doenças transmissíveis.	Pela compulsoriedade, estoura a Revolta da vacina;
		Carlos Chagas sucede a Oswaldo Cruz e inova o modelo Campanhista.

A preocupação do governo brasileiro com o trabalhador no início do século XX deu-se na perspectiva capitalista da produção, ou seja, o prejuízo causado pela ausência do doente nas lavouras e na incipiente atividade industrial colocava em risco o projeto capitalista nascente e, conseqüentemente, o projeto de poder das oligarquias. Da mesma forma, os portos, que representavam as vias de “drenagem” dessa produção necessitavam ser saneados. A construção das ferrovias – vias de distribuição – também representavam preocupação, dado grande número de mortes e epidemias que se deram nesses canteiros de obras.

As ações de saúde, nessa época, portanto, não estavam calcadas na seguridade dos indivíduos, ou em direitos humanos, mas na missão de proteger a produção e as aspirações oligárquicas.

A preocupação com a saúde no Brasil, na passagem do século XIX para o século XX não se deu pelo direito social ou pela dignidade humana, mas pelos interesses econômicos das elites em manter o trabalhador sadio para manutenção da produção, especialmente no contexto agrário (Brasil escola, 2015)

4. Saúde Pública X Medicina Previdenciária

As doenças infecciosas foram, portanto, o grande alvo das Políticas públicas de saúde no início do século XX, deixando de lado as doenças crônico-degenerativas. Essas últimas, contudo, embora não prioritárias a princípio, passaram a ser foco de reivindicações dos trabalhadores a partir da segunda década do século XX, os quais passaram a lutar em prol da instituição de mecanismos de seguridade social, como aposentadorias e pensões (Ponte et al, 2010).

Nesse período, junto aos imigrantes, chegavam também as primeiras ideias socialistas e anarquistas, as quais fomentavam a formação da classe operária brasileira (IPEA, 2015). Cresciam as reivindicações por melhores salários, jornada de trabalho de 08 horas, férias, fim do trabalho infantil e do noturno para mulheres, etc. E, como não poderia deixar de ser, também ocupava lugar nas reivindicações, a assistência médica. Nesse cenário, em 1917, após a morte de um jovem trabalhador pela polícia, eclodiu a Greve Geral. Iniciada em São Paulo, generalizou-se por todo o país, durou vários dias, e foi composta por operários da indústria têxtil e alimentícia, ferroviários e gráficos (Mundo Educação, 2015).

O estabelecimento de um canal de diálogo e negociação com a classe trabalhadora era, portanto, urgente e se deu na perspectiva da salvaguarda dos interesses produtivos e políticos.

Na agenda de tais negociações entre empregados e empregadores foi incorporada a atenção à saúde. Os arranjos que se deram nessas negociações delinearam – se como a uma nova vertente da assistência médica no Brasil, agora associada ao nascente complexo previdenciário. E, desse modo, iniciava-se a separação crescente entre a área da saúde pública – financiada pelos recursos do Tesouro Nacional – e o atendimento médico individualizado – propiciado pela medicina previdenciária – que por longo período se manteve pela contribuição de empregados, patrões e consumidores (Ponte et al, 2010).

Nesse contexto, surgiram, em 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Também foi promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil (Tomazi, 1986; Luz, 1991; Oliveira & Souza, 1997). Essas Caixas eram restritas ao âmbito das empresas e tinham a responsabilidade de fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e aos seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores (Hamilton, 1993).

As empresas organizavam as CAPS e sua administração e financiamento eram feitos conjuntamente pelos empresários e pelos trabalhadores (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998). Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAPs cobrindo mais de 140 mil beneficiários (Mendes, 1993). A assistência médica era a prerrogativa fundamental deste nascente sistema previdenciário. Foi estruturada uma rede própria de prestação de serviços (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

Políticas Públicas 1920-1960					
Período 1923-30	<ul style="list-style-type: none"> • Nascimento da legislação trabalhista; • Lei Eloy Chaves (1923); • Caps – organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores; • Assistência médica como atribuições das CAPs através de serviços próprios; • Sanitarismo Campanhista; • Departamento Nacional de Saúde Pública; • Reforma Carlos Chagas; • Criação do Ministério do Trabalho; • CLT 	Período 1930-45	<ul style="list-style-type: none"> • IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal; • Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema; • Auge do Sanitarismo Campanhista; • Serviço Nacional de Febre Amarela; • Serviço de Malária do Nordeste; • SESP (1942); • Constituição de 1946; 	Período 1945-60	<ul style="list-style-type: none"> • LOPS (1960); • Estatuto do Trabalhador Rural; • Golpe de 1964/INPS (1966); • Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas; • Incorporação da assistência sanitária à Previdência; • Uniformização dos direitos dos segurados; • Crescimento dos serviços próprios da Previdência; • Aumento de gastos com a assistência médica; • Convivência com os serviços privados, em expansão no período; • Sanitarismo Desenvolvimentista; • Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNRU (1956)

Fonte: Cunha e Cunha (1998); Roncalli, 2009

5. A Era Vargas

Com a revolução de 1930, deu-se a ascensão de Getúlio Vargas ao poder e a queda das oligarquias. Esse período foi marcado por profunda centralização do poder e maior participação estatal nas políticas públicas. O governo ditatorial caracterizou-se por medidas essencialmente populistas (Bertolli Filho, 1998).

Nesse contexto, uma nova forma de organização previdenciária surgiu, caracterizada pela participação do governo nesse sistema. Assim, as CAPs passaram a ser organizadas por categoria profissional, originando os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), agora com uma maior participação do componente estatal. Foram fundados vários IAPS, como: o Instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI) entre outros (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

A direção de cada IAP era designada a um funcionário executivo (presidente ou diretor), nomeado pelo presidente da República e com a assessoria de um colegiado, indicado pelos respectivos sindicatos, com representação igual de empregados e empregadores da categoria, variando entre quatro e oito membros (Malloy, 1986).

Os IAPs adotavam um modelo tripartite de financiamento, com contribuição dos trabalhadores, dos patrões e também da União. Esta última contribuía, nos IAPS, de forma direta (e não indireta como no caso das CAPs) e tal contribuição não poderia ser de valor inferior ao dos demais contribuintes (Fleury, 2007).

Entre os anos de 1930 e 1938, as linhas gerais do sistema de previdência foram desenhadas para serem “*parte integrante de uma estratégia maior de política estatal iniciada pelo regime Vargas*” (Malloy, 1986)

Houve, nessa fase, maior contenção de gastos. Com isso, a previdência teve um período de acumulação crescente, tornando a assistência um item secundário. Os Institutos formaram, então, um patrimônio considerável e a Previdência passou a participar de vários investimentos de interesse do governo (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

A despeito das regras norteadoras desse sistema, não havia padronização entre os institutos na oferta dos benefícios aos seus associados, nem tampouco em relação aos critérios de concessão, tornando-os mais ou menos atraentes. Isso somente fortaleceu o “corporativismo sindical”, já que as possibilidades de dispor de hospital próprio, obter crédito subsidiado para compra de moradia ou conseguir melhores pensões e aposentadorias, figuravam como conquistas da categoria. O Governo Vargas estimulava a competição entre os sindicatos, bem como a interlocução direta dos mesmos com o Estado (através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio), pois isso lhe permitia o aprisionamento da “clientela previdenciária”, nas “mediações corporativas da barganha política” e, conseqüentemente, incapacitava tal “clientela” a atuar com consistência na reivindicação de melhorias no sistema (Vianna, 2000).

Houve, entanto, “brechas” que permitiram, mesmo no período duro e repressivo do Estado Novo, a audiência operária. De algum modo era possível que os trabalhadores apresentassem suas exigências e se fizessem ouvir. Assim, o sistema previdenciário organizado pelo Estado era tido, para trabalhadores e sindicatos, como de extrema importância, o que refletia sua força como instrumento de construção de alianças e adesões, extremamente eficiente na disseminação da imagem protetora de Vargas e de seu governo (Ponte et al., 2010).

Enquanto isso, a “área” da saúde pública, então separada da assistência médica, tinha suas ações voltadas para populações periféricas (Ponte et al., 2010). Já a assistência médica previdenciária agregava forças políticas importantes como sindicatos, partidos políticos, empresários, etc. Numa lógica corporativa, a promoção da saúde no país passou a ocorrer numa perspectiva em que as ações preventivas de caráter coletivo cediam lugar ao atendimento individualizado de cunho curativo

Posteriormente, o avanço tecnológico do pós-guerra fez aumentarem os custos da assistência médica; isso reduziu a autonomia do médico profissional liberal, fomentando a presença de grupos empresariais na saúde. O hospital passou a ser o centro do sistema; e a medicina previdenciária caracterizou-se por ser cada vez mais hospitalar, curativa e empresarial (Hamilton & Fonseca, 2003).

A transformação do modelo econômico e produtivo observada nesse período, refletiu-se na mudança do modelo de atenção à saúde. Com o declínio da cultura cafeeira das oligarquias e a ascensão – ainda que tardia – da economia industrial, o foco da atenção em saúde se deslocou do saneamento dos espaços de circulação para a manutenção do corpo do trabalhador, dada sua importância na cadeia produtiva (Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997).

O *Sanitarismo Campanhista*, que marcou a Saúde Pública desde o início do século, caracterizou-se, na década de 1940, pela criação de serviços que buscavam controlar doenças que desafiam o desenvolvimento do país. Assim surgiram: o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), este responsável por ações sanitárias em regiões estratégicas, como a Amazônia, por exemplo, em razão da produção de borracha (Cunha & Cunha, 1998).

6. 1945 a 1964

Apesar de muitas contradições, o modelo previdenciário criado no primeiro governo Vargas, o qual por razões já expostas caracterizou-se por intenso corporativismo (estimulado pelo Estado), permaneceu intacto no período de 1945 a 1964. A heterogeneidade na oferta dos benefícios foi acentuada nesse período. Isso permitia a particularização de pressões e acordos políticos pelo corporativismo sindical (Vianna, 2000).

Mas também observa-se avanços importantes, pois as disputas político-partidárias, ocorridas nessas negociações, permitiram ganhos de autonomia, capazes de vencer os dispositivos reguladores instituídos no Estado Novo, em consonância com o clima democrático e o crescimento da movimentação social e política dos trabalhadores brasileiros entre 1945 e 1964 (Ponte et al., 2010).

Como consequência, houve uma ampliação significativa nas despesas dos institutos*. A lógica da capitalização deu lugar ao regime de repartição financeira, a assistência médica – até então entendida como “fim secundário” e restrita a períodos em que houvesse “disponibilidade de recursos mediante contribuição suplementar”, passa a oferecer vários serviços, dentre eles, serviço de atenção domiciliar (Viana, 2000), e muitos institutos ampliam sua rede própria de hospitais e ambulatórios, etc. (Ponte et al., 2010).

As mobilizações sociais e políticas que se deram nesse período impactaram nos Institutos. A União, ao invés de incrementar sua participação financeira nos mesmos, aumentou sua dívida com o sistema. Havia atrasos nas contribuições dos empregadores, o que não era deduzido de seu lucro, sendo repassados ao consumidor na medida em que os preços dos produtos aumentavam. Assim, e a partir de 1960, esse sistema, outrora tão capitalizado, tornou-se deficitário (Fleury, 2007).

Em 25 de julho de 1953 foi instituído o Ministério da Saúde (Paim, 2009).

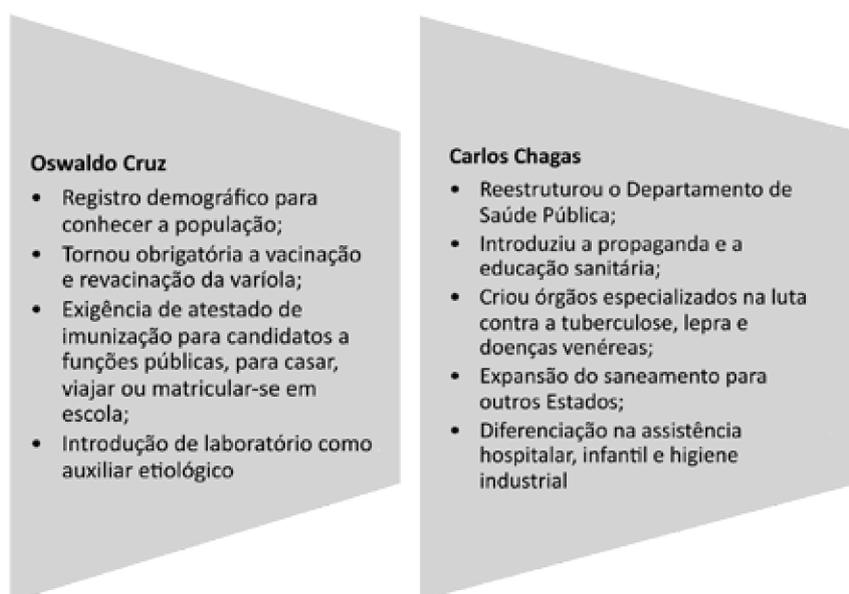


Figura 1. Comparação entre as Reformas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas
Criado pelo autor, adaptado de: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>

* No modelo de repartição os trabalhadores ativos financiam, com suas contribuições atuais, as aposentadorias e pensões dos inativos e os demais serviços oferecidos, num sistema de solidariedade geracional. No sistema de capitalização, a própria contribuição anterior do trabalhador, potencializada em termos de investimento, ou seja, “capitalizada”, financia os benefícios ofertados.

A partir daí, o Ministério passou a assumir as atribuições do Departamento Nacional de Saúde sem, contudo, ter sua estrutura ampliada. Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, responsável pelo controle das principais endemias do país (Malária, Leishmaniose, Peste, Doença de Chagas, Febre Amarela, etc). Já a Fundação Oswaldo Cruz se incumbia das investigações, pesquisa e produção de vacinas. A formação e capacitação de pessoal era responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública e a Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) atuava no campo do saneamento e da assistência médico sanitária aos Estados, realizavam ações relativas a demonstração de técnicas sanitárias, bem como pronta mobilização, quando necessária, em serviços de emergência (Brasil, 2015).

Com toda essa divisão de funções entre autarquias, fundações e outros órgãos do governo, os recursos do Ministério – tanto os financeiros, quanto os de pessoal – também ficavam dispersos e pulverizados, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações (Brasil, 2015).

E o cenário socioeconômico do país nesse período era alarmante: grande desigualdade em razão da baixa renda per capita e da alta concentração de riquezas. Naquele momento, uma proposta de redefinição do Ministério da Saúde ganhou corpo devido a perspectiva desenvolvimentista que norteava o planejamento em saúde. Nesse sentido, era proposta uma adequação da rede de serviços que fosse consonante com o desenvolvimento econômico que se vislumbrava (Brasil, 2015).

Em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual deu eco ao processo de municipalização, bem como para o reordenamento da rede de serviços, visando uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação (Brasil, 2015).

Entretanto, no ano seguinte, a tomada do poder central pelos militares anulou toda forma de descentralização. Ao contrário, a centralização do poder e o autoritarismo deram o “tom” dessa nova fase, que durou 21 anos.

7. Regime Militar (1964 a 1985).

Com o Golpe de 1964, o Regime Autoritário esvaziou toda forma de participação da sociedade no sistema previdenciário. O Estado passou, então, a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou seu poder nas frentes econômicas – pelas alíquotas – e política – pelo controle governamental.

Os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Oliveira & Teixeira, 1985, Mendes, 1993) em 1966, o qual fornecia assistência médica à população mediante a compra de serviços, preferencialmente de corporações médicas privadas. Hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos eram os fornecedores de eleição do governo. Originou-se, assim, o “complexo previdenciário médico-industrial”, composto pelo sistema próprio e o contratado (conveniado ou credenciado). Era clara a vinculação da Previdência aos interesses do capital nacional e internacional (Roncalli, 2003).

Em 1967, o presidente Castelo Branco promoveu uma reforma ministerial, atribuindo ao Ministério da Saúde a elaboração da Política Nacional de Saúde, além de cuidar das “áreas médica e paramédica”, ação preventiva de vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária (Brasil, 2015).

Contudo, tal reforma não deu conta da realidade, uma vez que o resultado observado era de crise na saúde, devido aos recursos serem insuficientes, mal distribuídos, descoordenados, inadequados, ineficientes e inefcazes (Souza e Batista, 2012).

Na década de setenta, em meio aos abusos decorrentes do regime autoritário, emergiram sujeitos sociais que lutavam contra a ditadura. Nesse contexto, as reivindicações relacionadas a saúde no Brasil ganharam espaço. Estudantes, professores universitários, setores populares, entidades profissionais da saúde, e outros, clamavam por mudanças. Um dos mais importantes desdobramentos dessa luta foi a criação da CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) (Fleury, 1997).

A importância desse Centro no cenário da luta pelo direito a saúde no Brasil foi ser caracterizada, anos depois de sua criação, nas palavras da Profa. Sônia Fleury (1997) quando definiu a trajetória e os valores que orientaram (e orientam) as práticas na CEBES:

“[...] a necessidade de buscar na teoria a análise correta da realidade, de tal forma que seja possível gerar uma prática política capaz de transformá-la a partir de uma nova configuração desejada, um projeto consensualmente pactado entre as forças sociais que buscam a democratização da saúde e do Brasil.”

Na segunda metade da década de 70, portanto, o Movimento pela Democratização da Saúde, que se configurou no país, permitiu a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A fundamentação conceitual e a produção teórico-crítica que sustentaram esse movimento foram dadas pelos estudos e artigos publicados nas duas décadas anteriores, especialmente através da CEBES. Tal produção contempla, com distintas ênfases, os aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais da Reforma Sanitária (Fleury, 1997). Ao questionar a concepção de saúde vigente – restrita a dimensão biológica – e ao apontar as relações existentes entre a organização dos serviços de saúde e as estruturas sociais, o movimento prestou sua mais importante contribuição para a saúde no Brasil (Fleury, 1992).

“Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.”

Arouca, 1998.

Um dos marcos do Movimento foi o papel desempenhado em favor da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se pretendia consolidar, de forma democrática e participativa, os anseios da população brasileira em relação à saúde.

Nos anos de 1985 e 1986, o CEBES empreendeu um intenso movimento, por meio da revista “*Saúde em Debate*”, para defender a ideia do Movimento pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A Conferência aconteceu de 17 a 21 de março de 1986. O processo iniciou-se, previamente, pelos municípios envolvendo quase 50 mil participantes (BUSS,1991) a fim de elaborarem as propostas nos níveis municipal e estadual. Mais de 4 mil pessoas participaram da Conferência em Brasília, sendo que destes, mil eram delegados escolhidos e/ou indicados pelas instituições, organizações e entidades como seus representantes (Sophia, 2012).

O relatório final dessa Conferência serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal – “Da Saúde”, o qual destacou o conceito ampliado de saúde como “direito de todos e dever do Estado”, assim definido:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a ser-

viços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Brasil, 2015)

Além disso foram traçadas as diretrizes para a formulação de um Sistema de Saúde descentralizado e de direção Única.

No ano de 1987 algumas iniciativas foram adotadas no sentido de se implantar planos e projetos, cuja lógica, desenho e operacionalização atendessem aos princípios defendidos no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Estas experiências bem-sucedidas trouxeram “bagagem” para a futura implantação do SUS. Trata-se das AIS (Ações Integradas de Saúde) e do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) – precedente do SUS. As AIS, imprimiram aos municípios um novo papel na Saúde. Dentre as atribuições, estava a elaboração de um Plano Diretor para a assinatura de convênio com o Inamps para o recebimento de recursos financeiros.

Outro importante acontecimento desse período foi a criação dos COSEMS (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), os quais defendiam as bandeiras dos gestores municipais no cenário nacional. De 1985 a 1995 foi criada a maioria dos 27 Cosems que existem hoje (Pimenta, 2015).

8. 1988 – A Constituição Cidadã.

Em 1988 foi promulgada a Constituição, então denominada “Constituição Cidadã”, que incorporou grande parte das propostas da 8ª CNS no texto constitucional.



Figura 2: Ulysses Guimarães e a Constituição de 1988. Fonte: <http://www.abril.com.br/fotos/constituicao-brasileira-20-anos/>

Em relação à grande proposta da “saúde como direito”, o artigo 196 (Título VIII; capítulo II; Seção II) define:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

E, quanto a organização dos serviços, o artigo 198 define:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. participação da comunidade. Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (Brasil, 1988).

Pôde-se admitir, então, que no plano jurídico-institucional a Reforma Sanitária conseguiu consolidar-se (Roncalli, 2008).

Estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua proposta universalista, resultante da elaboração feita pelo Movimento da Reforma Sanitária, bem como sua inserção no capítulo da seguridade social, rompeu e transformou para melhor o modelo de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 (Carvalho & Goulart, 1998).

O ano de 1989 foi marcado pela 1ª eleição direta após a ditadura militar. Em 1990, com a eleição de Fernando Collor de Mello para a presidência da república, cujas características eram conservadoras e neoliberais, a regulamentação dos temas da Constituição – prevista para ser feita em até 180 dias após sua promulgação – não ocorreu.

Em agosto de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), a qual foi profundamente “retaliada” pelos vetos presidenciais, particularmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social (Merhy, 1990).

Graças a muitas negociações promovidas por políticos e parlamentares envolvidos com a “causa” da Reforma Sanitária, uma nova lei – a 8.142 de dezembro de 1990 – foi aprovada pelo Congresso Nacional, recuperando alguns vetos. Dentre eles, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de Controle Social (Brasil, 2015). Assim, o que conhecemos hoje como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é o conjunto das leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990 a,b).

Outra negociação complexa foi travada em relação a participação das empresas e grupos privados na saúde. A história já relatada demonstrou-nos que o capital privado havia crescido consideravelmente nas décadas de 70 e 80, como consequência do modelo de compra de serviços de saúde pelo Estado, bem como pela falência do modelo na década de 80, impulsionando pessoas a adquirirem planos e seguros de saúde. Tal crescimento continuava a ocorrer na década de 90. Era inegável, portanto, a participação desses grupos no gasto total em saúde no Brasil. Seu poder político também não era segredo. Paralelamente, era claro que diante dos cenários econômico e político existentes em 1990, o SUS não daria conta de toda a demanda assistencial nos moldes dos seus princípios. Assim, um dos anseios dos militantes da Reforma Sanitária – de que o Sistema fosse Único – parece ter sido, de certa forma frustrado, já que a Constituição da república admitiu a **Complementariedade do setor privado**. Estabeleceu, para tanto, condições, obviamente. Mas a participação de tais grupos atualmente traduz-se em pauta polêmica, já que sucessivos governos vêm beneficiando-os através de várias formas, dentre elas isenção fiscal e perdão de dívidas, o que, como consequência, vem impactando negativamente no financiamento do SUS até os dias de hoje. O assunto, por sua complexidade e extensão será melhor discutido em capítulos posteriores. Contudo, importa salientar que em razão dessa parti-

cipação, foi criada no governo Fernando Henrique Cardoso, *no ano 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulatório que visa, por definição regular e fiscalizar a atividade o setor de planos de saúde no Brasil.*

Os princípios do SUS

Segundo a LOS, o SUS tem princípios doutrinários e organizativos. Os doutrinários relacionam-se com a filosofia do Sistema, personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Já os organizativos relacionam-se com a sua operacionalização (Roncalli, 2003).

São princípios doutrinários: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. E organizativos: a participação social, a descentralização e a regionalização e hierarquização. Os princípios doutrinários devem nortear os organizativos e estes, por sua vez, orientam o funcionamento do Sistema.

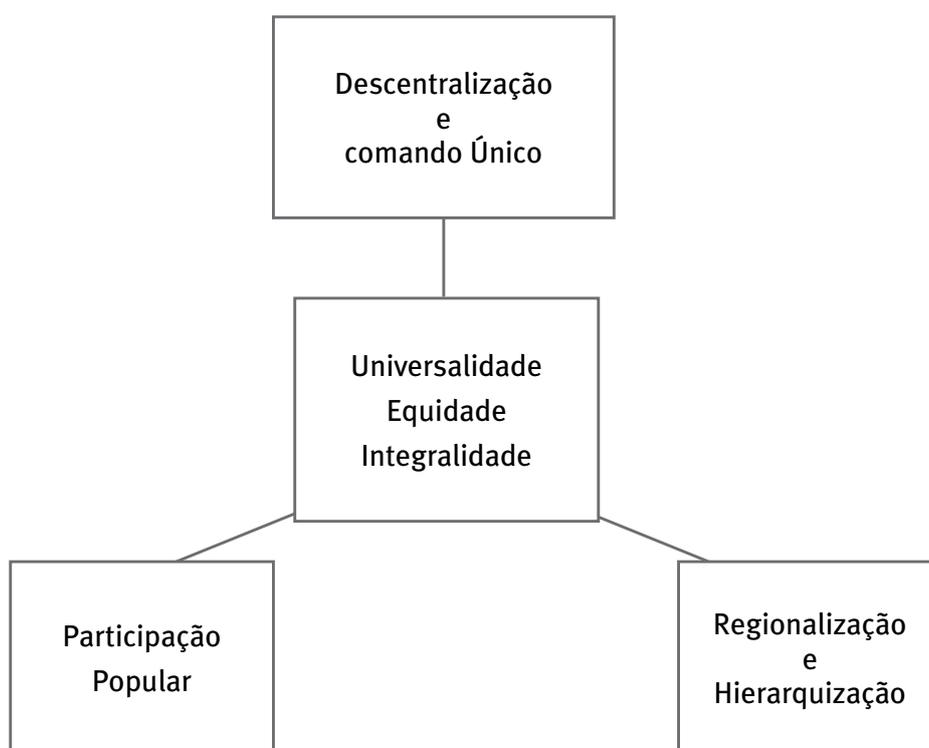


Figura 3. Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde

A Universalidade

É o princípio doutrinário do SUS que traduz a saúde como um direito de cidadania. Esse princípio revela a oposição do Sistema ao caráter excludente das políticas até então adotadas no Brasil, as quais promoviam uma “cidadania regulada” (Roncalli, 2003). Através da universalidade, todos os cidadãos, independentemente de contribuição ou distinção de qualquer natureza, têm direito de acesso ao sistema. E, assim, se pode ter uma “cidadania plena”. Entretanto, como bem ressalta Paim (1987), direito à saúde não significa, necessariamente, direito à assistência à saúde; em verdade a última está incluída na primeira. O direito à assistência passa a ser, então, um constructo da cidadania. E, nesse sentido, a universalidade aponta para um modelo baseado na seguridade social nos moldes dos Estados de Bem-Estar (Roncalli, 2003).

A Equidade

É o princípio do SUS que assegura a justiça no acesso dos cidadãos aos serviços. Significa entender que diante das diferenças são necessárias ações e intervenções também diferentes, a fim de que se possa atingir de forma positiva os que mais necessitam. Por definição, equidade é: *“assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras”* (Brasil, 1990c).

É um princípio de justiça social. Se a estratificação social ocorre em função das desigualdades sociais, então há que se intervir de forma diferente entre os diferentes a fim de se buscar atenuar tais desigualdades. A equidade não significa, portanto, igualdade; mas ao contrário, traduz-se por intervenções diferenciadas que buscam compensar desigualdades.

Entretanto, como ressaltou Travassos (1997), o acesso igualitário às ações e serviços de saúde é fundamental; no entanto, isso não é suficiente para atenuar as desigualdades nos modos de adoecer e morrer entre distintos grupos sociais.

A Integralidade

Este é o princípio doutrinário mais intimamente ligado às práticas em saúde. Está embutido nos anseios da Reforma Sanitária quando esta trata da mudança paradigmática da saúde, propondo a substituição de práticas. Remete à atenção ao indivíduo como um todo indissociável, em que as partes se integram. Mas também remete à organicidade do sistema.

Do ponto de vista conceitual, a integralidade foi assim detalhada:

“(...) o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (Brasil, 1990).”

E, quanto aos princípios organizativos, fica claro – especialmente num país de dimensões continentais como o Brasil – que quanto mais perto do fato (da pessoa doente, do agravo, da epidemia, dos problemas, das pessoas, enfim) a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Trata-se do princípio da **Descentralização**. Nesse sentido, redistribuíram-se as responsabilidades entre os entes federativos, redefinindo atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, cabendo, inclusive, aos municípios, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (Brasil, 1990).

Mas, se estamos tratando de um Sistema cujo berço é o da cidadania plena, então é necessário garantir a participação da sociedade na sua operacionalização. Dessa forma, instituiu-se como princípio organizativo a **Participação Social**, a qual que deve se expressar tanto na elaboração, quanto no controle da execução das políticas de saúde.

Essa participação deve se dar através dos Conselhos de Saúde, os quais devem ter representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Além disso, são importantes fóruns de participação popular as Conferências de saúde. Mas, sobretudo, faz parte desse princípio o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que se estabeleça o posicionamento da população em relação aos assuntos que dizem respeito à sua saúde (Brasil, 1990).

Para que os princípios doutrinários possam ser cumpridos, é necessário, ainda, que se conheça – o melhor possível – os problemas de saúde de cada população. Isso favorece ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Consequentemente, tende a aumentar a resolutividade das ações e do sistema. Também em função da almejada resolutividade, é preciso oferecer a cada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível. Para tanto, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. **Trata-se da regionalização e hierarquização** do sistema (Brasil, 1990).

Diante dos princípios ora elencados, fica clara a vocação do SUS em ser um instrumento de cidadania, além de um poderoso sistema de inclusão social e de combate a desigualdade. Entretanto, a LOS por si só não poderia dar conta de todo o detalhamento necessário à operacionalização desse Sistema. Dessa forma, necessário se foi criar as Normas Operacionais, elaboradas para dar conta dos inúmeros desafios operacionais que se revelavam, a maior parte relacionada ao financiamento do Sistema. Assim surgiram as NOBs (Normas Operacionais Básicas) e a NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde).

Políticas Públicas 1966-1980		
Período 1966-73	Período 1974-79	Período década de 80
• AI-5	• II Programa Nacional de Desenvolvimento	• Redemocratização
• Emenda Constitucional nº 01	• Ministério Previdência e Assistência Social	• Nova República
• Modernização autoritária	• Fundo de Assistência à Saúde	• Constituição / LOS
• Ampliação da cobertura previdenciária	• Sistema Nacional de Previdência e Assistência à Saúde	• Prev-Saúde
• Aumento dos gastos com saúde na previdência	• Disciplina concessão de benefícios; prestação de serviços e administração da previdência	• CONASP
• Extensão de cobertura	• Ampliação dos hospitais da rede privada	• Seguridade Social
• Modelo de compra de serviços	• Criação do INAMPS	• Crecimento da medicina supletiva
• Convênios com Med. Grupo	• Separação das ações de saúde pública e assistência	• Universalização
• Autarquiaização do MS	• Cuidados primários em saúde (Alma-Ata)	• AIS / Ba CNS / SUDS
• Dispersa em vários ministérios e em outros órgãos	• CEBES / ABRASCO	• Criação do SUS
		• Formalização do conceito amplo de saúde

9. Uma nova forma de financiamento da saúde (NOB e NOAS)

As NOB 01/91 e 01/92 não representaram progresso no processo de descentralização da Saúde, pois instituíram o pagamento por produção, enquanto que a LOS propunha o repasse com critérios populacionais e epidemiológicos. O governo federal repassava recursos aos Estados e municípios mediante a apresentação do registro de procedimentos realizados pelos mesmos, tornando-os meros prestadores de serviços (Casarin, 2009).

Vários acontecimentos marcaram o início dos anos 80 no que diz respeito ao financiamento à saúde, tornando desafiadora a tarefa de fazer sobreviver o recém-implantado SUS. Crises de diversas ordens (política, econômica, institucional, previdenciária, etc) compunham o cenário nacional e impactavam negativamente no financiamento do Sistema. Os detalhes do financiamento a saúde nesse período serão melhor elucidados em capítulo subsequente. Contudo, um fato não pode deixar de ser citado: as diversas crises que vitimaram o orçamento da Saúde originaram desassistência, evidenciando a importância de recursos próprios para a saúde.



Fonte: <http://www.infoescola.com/historia-do-brasil/fora-collor/>

Em 1992 o país estava imerso no caos econômico. O presidente Fernando Collor de Mello, acusado de corrupção e repudiado publicamente pelas massas populares, renunciou ao cargo de presidente para evitar a cassação e a perda de seus direitos políticos.

No bojo do movimento pelo impeachment do presidente ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde em Brasília. O CONASEMS liderou os municípios na organização do evento, cujo tema foi “*Municipalização é o Caminho*”. Segundo o saudoso Gilson Carvalho – sanitarista de fundamental importância na luta pela consolidação do SUS:

“Organizar um evento daquela magnitude, naquele momento, foi importantíssimo no contexto nacional da Saúde. Muita responsabilidade correspondida pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, tendo o COSEMS/SP como partícipe. Da conferência, saiu o grito uníssono de “Fora Collor”, que levou os conselheiros e gestores até o Congresso Nacional, numa das noites do evento. Pouco depois, o presidente caiu! E o Cosasems demonstrou, na prática, seu protagonismo integrado aos demais movimentos sociais”

Mas em contrapartida ao protagonismo descrito acima, o que se desenhava no cenário da saúde era um quadro desafiador: falta de recursos financeiros, processos de trabalho calcados na produção em detrimento da qualidade, pouca ou nenhuma autonomia decisória dos municípios e outros.

Sob o slogan “Municipalização é o Caminho”, a IX CNS reafirmou a capacidade de articulação das forças políticas favoráveis ao SUS. Do ponto de vista prático debateu a elaboração de uma nova Norma

Operacional Básica, a NOB 01/93. Esta Norma finalmente imprimiu avanços na relação interfederativa do SUS. Extinguiu o Inamps, suas funções e atividades, as quais passaram a ser assumidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS. Além disso, estabeleceu o repasse financeiro “Fundo a Fundo” – ou seja, do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os fundos municipais de Saúde (Cosems, 2015).

Mas ainda assim, muitas dificuldades eram encontradas pelos municípios para a operacionalização do Sistema. Gilson Carvalho, que presidiu o COSEMS SP em 1991, ressaltava que:

“Os municípios enfrentavam grandes limitações em suas equipes profissionais, pois não tinham, em geral, tradição de fazer planejamento, controle, avaliação, vigilância epidemiológica e sanitária. O forte era a atenção ambulatorial [...]” (COSEMS, 2015).

A NOB 01/93 significou um salto no processo de municipalização da saúde. Por isso foi intitulada de “*Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*”.

A nova sistemática dessa Norma implicava em mais recursos para a saúde o que significou a possibilidade de Estados e municípios poderem manter serviços próprios além de pagar os serviços comprados.

Outra importante consequência dessa Norma foi a criação das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), possibilitando e fortalecendo a negociação, articulação e integração entre os três entes federativos, iniciando-se entre estes um Pacto (Casarin, 2009).

Também aconteceram grandes avanços em relação a gestão municipal do Sistema, já que foram estabelecidas 03 modalidades de gestão municipal: incipiente, parcial e semiplena. Em função da estrutura de serviços de que dispunha o município, ele assumiria determinadas ações de complexidade variável. Os quase 150 municípios que passaram a trabalhar com a gestão semiplena e que representavam cerca de 20% da população do País, passaram a ter repasse direto dos recursos federais e, conseqüentemente, maior autonomia sobre suas ações de saúde (Ferreira, 1998; Romano, 1998, Levcovitz, 2001).

Em 1996 foi instituída uma nova Norma Operacional – a NOB 01/96 – para dar conta do incentivo financeiro para o Programa Saúde da Família (PSF).

A Norma foi implementada em 1998 e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB) – com repasse automático, direto e regular. Estabeleceu recursos per capita, proporcionais à população dos municípios, além de incentivo financeiro para a implantação e custeio do Programa Saúde da Família (PSF) – estratégia de reorientação do modelo assistencial. Além disso, estabeleceu apenas duas formas de gestão: as gestões Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde. Com isso, ampliou os instrumentos gerenciais para que os municípios deixassem de ser prestadores para tornarem-se efetivamente gestores do SUS (COSEMS, 2015).

A propósito da referida Estratégia – ou Programa – de Saúde da Família, seu surgimento se deu em face do cenário de fragmentação das práticas em saúde, caracterizado por dicotomia entre saúde pública e assistência médica, bem como entre saúde e doença; centralização do cuidado em saúde na figura do médico, hospitalização como práxis e “tecnologização” crescente das práticas. Tais características, portanto, desafiavam (e ainda desafiam) a consolidação de um Sistema de Saúde que se funda em princípios, para os quais as práticas necessitam ser antagônicas a essas.

Para fazer frente a esse desafio, alguns municípios do Brasil implantaram – durante ou mesmo antes da regulamentação do SUS – alguns modelos experimentais como as já citadas AIs, o SUDS e os SILOS (Sistemas locais de Saúde) – idealizados pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e que se calçavam em: reorganização do nível central, descentralização e desconcentração, participação social, intersetorialidade, readequação dos mecanismos de financiamento, desenvolvimento de um novo modelo de atenção, integração dos programas de prevenção e controle, reforço da capacidade administrativa e capacitação da força de trabalho (Silva Jr., 1998).

São experiências que – algumas bem-sucedidas outras mal sucedidas – buscaram modificar as práticas tornando-as mais coerentes com os princípios do SUS.

Nesse contexto, em 1991 foi implantado no Nordeste do Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Seu impacto positivo na queda da mortalidade infantil e materna no Ceará o indicaram para modelo nacional (Aguilar, 1998; Goulart, 2002; Viana e Dal Poz, 2005; Ávila, 2007). Pela primeira vez nas práticas de saúde no Brasil o enfoque era dado na família e não no indivíduo (Viana e Dal Poz, 2005).

Com esses antecessores, em 1994 foi implantado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de reafirmar e incorporar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) pela reorganização da prática assistencial. Para tanto, adotou novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças. Seus princípios: – Caráter substitutivo: Novo processo de trabalho pautado na vigilância à saúde em substituição às práticas convencionais de assistência;

- Integralidade e Hierarquização: Inserção da Unidade de Saúde da Família (USF) no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde (Atenção básica), vinculada à rede de serviços. Deve ser assegurada referência e contrarreferência para os diversos níveis do sistema, segundo as necessidades de maior complexidade tecnológica.
- Territorialização e adscrição da clientela: Território de abrangência definido para o cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área, sendo recomendável 01 equipe para cada 4.500 pessoas.
- Equipe multiprofissional: Composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (proporção média de um ACS para cada 550 pessoas acompanhadas) (Brasil, 2000).

Concebido inicialmente como Programa, o PSF foi, aos poucos, sendo tomado como prioritário dentro dos modelos propostos para a atenção básica e sua denominação passou a ser “Estratégia da Saúde da Família.”

Como ressalta Roncalli, em 2003, por um lado há argumentos que apontam favoravelmente em relação ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde; por outro, apontam o risco da segmentação de clientela e da ‘focalização’, com retrocesso e limitação dos princípios do SUS, em razão da orientação normativa das políticas públicas em tempos de crise fiscal.

Sobre o potencial modificador da estratégia de Saúde da Família, Franco e Merhy, em 1999, ressaltaram que não há garantias de que se rompa com o modelo de prática hegemônico médico-centrado, porque:

“Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço. Mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência”.

Além dos desafios impostos pelo novo modelo, da dificuldade de se transformar as práticas e quebrar paradigmas e modos hegemônicos de cuidado em saúde, havia (como ainda há), um outro desafio a ser considerado: a grande maioria dos municípios no Brasil era (e ainda é) de pequeno porte e, portanto, não possuía condições de assumir a crescente complexidade e incorporação de tecnologia na atenção à Saúde, principalmente no que se refere às ações de Média e Alta Complexidade. Isso impôs a necessidade de que os municípios se agregassem em regiões de saúde. Tal estratégia levou à discussão e elaboração da Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS) de 2001.

NOAS – 2001

Essa Norma apontou para a necessidade da criação das Regiões de Saúde a partir de um desenho que levasse em conta as desigualdades de estrutura e oferta de serviços nos diversos níveis de Atenção entre os municípios vizinhos. Para organizar a regionalização, a NOAS criou então, as categorias: Município-Sede do Módulo Assistencial e Município-Polo, definidos a partir da capacidade instalada de serviços e da referência que representavam para os municípios de uma determinada região ou microrregião. Pela NOAS estava prevista, ainda, a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) (COSEMS, 2015).

Em 2002 foi instituída a NOAS 01-02, que implementou a regulação da assistência, agora apresentada de forma mais completa. Esclareceu as responsabilidades do gestor municipal e as modalidades de gestão: gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal, pressupondo que Estados e municípios organizassem suas estruturas de controle, regulação e avaliação. No entanto, a despeito dos esforços das três esferas de gestão na implementação da Noas 01/02 (Brasil, 2002), houve um certo descompasso nesse processo. Os Estados evoluíram em tempos diferentes na construção dos planos e programações. Era necessária uma nova estratégia de operacionalização do SUS no Brasil.

10. O Pacto pela Saúde

Diante desse desacordo evolutivo, ao final do primeiro mandato do governo Lula, em 2006, foi criado o Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006).

Composto por um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), o Pacto pela Saúde teve o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Redefiniu, ainda, as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade. Sua implementação é dada pela adesão de municípios e Estados (CNS, 2006).

O Pacto pela Saúde supera a habilitação nas várias formas de gestão, vigentes até então. A partir do Pacto, todos são plenamente responsáveis pela Saúde. Municípios, Estados, Distrito Federal e União, com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), expressam suas responsabilidades sanitárias. São definidas prioridades e metas, baseadas nos princípios constitucionais do SUS com ênfase nas necessidades de saúde das populações atendidas (COSEMS, 2015).

Seus objetivos foram elencados e as responsabilidades sanitárias e de gestão definidas por meio de três componentes: o pacto pela vida (PV), o pacto em defesa do SUS (Pdsus) e o pacto de gestão (PG) (Brasil, 2006).

O pacto pela vida é o compromisso selado entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades elencadas foram (Brasil, 2006):

- Saúde do Idoso;
- Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;

- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde.

O **pacto em defesa do SUS** expressa “o compromisso que os gestores do SUS selaram para o desenvolvimento e a articulação de ações cujo objetivo é qualificar e assegurar o SUS como política pública”. As iniciativas para tal são:

- Repolitização da saúde, com a retomada das discussões sobre os desafios atuais e futuros do SUS,
- As novas modalidades de gestão;
- A ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania;
- O controle social;
- A transparência de seu processo de fiscalização

Outras duas prioridades do Pacto em Defesa do SUS foram (e são): a garantia, em longo prazo, de aumento nos recursos orçamentários e financeiros para a Saúde e a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional (COSEMS, 2015).

O Pacto de gestão: estabelece as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de:

- Descentralização;
 - Regionalização;
 - Financiamento;
 - Planejamento;
 - Programação Pactuada e Integrada (PPI);
 - Regulação;
 - Participação social e
 - Gestão do trabalho e da educação na saúde
- (Brasil, 2006)

A fim de “radicalizar” no processo de descentralização, o Pacto de Gestão do SUS estabeleceu claramente as responsabilidades e o papel das três esferas federativas. O objetivo foi o avanço na construção das Regiões de Saúde, de forma solidária e menos normativa e burocrática, do que ocorreu com a NOB-01/06 e NOAS. As formas de transferência dos recursos federais para estados, municípios e Distrito Federal também foram modificadas. As transferências, que antes do Pacto eram feitas em ações específicas, não havendo possibilidade de remanejamento pelos gestores municipais para suas necessidades específicas, passaram a ser integradas em apenas cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, com maior liberdade de manejo do recurso dentro dos blocos, segundo as necessidades (COSEMS, 2015).

Conforme ressaltou Fadel et al. (2009), o Pacto pela Saúde atendeu (e atende) aos legítimos anseios do Movimento pela Reforma Sanitária em busca da equidade social na saúde, uma vez que é uma alternativa real de avanços nas ações e serviços de saúde no Brasil.

Curiosidade

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=cUTlrQCqQvs>

11. O Decreto 7.508/2011: um salto para a regionalização da saúde no Brasil.

A regionalização da saúde no Brasil foi experimentada em pequenas doses no decorrer da história do Sistema Único de Saúde.

A descentralização foi um processo marcante das reformas dos Estados Nacionais desde o final dos anos 1970 (Melo, 1996), justificada para aumentar a eficiência e a efetividade dos Sistemas de Saúde (Lima et al, 2012).

E, no Brasil não foi diferente. Sendo princípio organizativo do SUS, esteve presente na pauta da organização do Sistema e nas Normas que foram surgindo no decorrer das duas primeiras décadas da implantação do SUS, as quais foram paulatinamente conferindo maior autonomia na gestão à saúde para os municípios.

Contudo, ao se analisar o contexto mundial, percebe-se que países que experimentaram o mesmo processo, como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, conseguiram articular a descentralização a processos de regionalização que possibilitaram-lhes organizar redes de atenção à saúde, além de garantirem o fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (Bankauskaite et al, 2007). Nesse contexto, as atribuições dos governos locais são limitadas; no entanto, os níveis regionais expandem suas funções de planejamento e gestão (Lima et al, 2012).

No Brasil, assim como na América Latina em geral, a articulação entre descentralização e regionalização ocorreu em graus variados. E essa variação de articulação – *por vezes desarticulação* – tem contribuído com a fragmentação dos Sistemas de Saúde, o que se expressa em dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, incremento desnecessário de custos de produção e baixa satisfação dos usuários (OPAS, 2010).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são sempre de caráter hegemônico. Os dispositivos estão dispostos como pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns dos outros, o que dificulta ou impossibilita a continuidade do cuidado. Geralmente não se trabalha com “população adscrita” e a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e, consequentemente, os dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio ou os logísticos. Já os sistemas integrados representados por Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se pela coordenação dos pontos de atenção. A assistência é contínua e integral e a população é definida (Mendes, 2011).

Outra dimensão importante a ser analisada é a da estrutura. Nos sistemas fragmentados a estrutura é hierárquica (há relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis). O SUS é um exemplo disso. Isso pode apresentar sérios problemas teóricos e operacionais por estabelecer menor valor e peso a atenção primária e sobrevalorizar – seja material, seja simbolicamente – as práticas de maior densidade tecnológica dos níveis secundário e terciário (Mendes, 2011).

Além dessas características há várias outras que, segundo Mendes (2011), estabelecem as principais diferenças entre os Sistemas Fragmentados e os Sistemas Integrados e que podem explicar muitas das dificuldades de operacionalização, insucessos, falta de acesso e resolutividade e outros problemas que atravancam a qualidade e a resolutividade dos Sistemas de Saúde. O quadro abaixo elenca algumas dessas características;

Quadro 1: As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento..	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS.
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos.	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde.	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias.	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas.

Além disso, é preciso considerar, como afirma Eugênio Vilaça Mendes (2011), que os sistemas se movem em direção dialética entre fatores contextuais (envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão), sendo que os contextuais mudam em ritmo mais rápido que os internos, os quais que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas percam a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. E é aí que se instala a crise, pois foram concebidos e desenvolvidos na perspectiva da atenção a condições e eventos agudos e desconsideraram o contexto atual de epidemia de condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX. E, no Brasil, ressalta o autor, não é diferente, pois vivemos uma situação de tripla carga de doença, com forte predomínio das doenças crônicas e temos um Sistema de Saúde fragmentado e voltado para eventos agudos. A crise fundamental do SUS repousa, portanto, nesse descompasso. E, segundo Mendes, só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde.

Diante desse cenário e, considerando-se que, mais de vinte anos após a criação do SUS ainda há lacunas legais, o poder executivo federal entendeu a necessidade de regulamentação de dispositivos da LOS que possam preencher tais lacunas e possibilitar a organização do sistema de acordo com seus princípios.

Dessa forma, em junho de 2011 foi instituído o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei 8080/90, o qual define o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considerando alguns elementos essenciais:

- Região de Saúde
- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
- Portas de Entrada
- Comissões Intergestores
- Mapa da Saúde
- Rede de Atenção à Saúde
- Serviços Especiais de Acesso Aberto
- Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

A fim de apresentar as linhas gerais dessa nova proposta de organização, serão brevemente comentados os elementos citados (Brasil, 2011b).

Região de Saúde

Composta por municípios limítrofes e delineada segundo identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Têm a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Devem ser instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, podendo ser, inclusive, interestaduais. Serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e estarão compreendidas no âmbito de uma ou mais Região (ões) de Saúde, de acordo com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores, sendo que os elementos a serem considerados para sua composição serão:

- limites geográficos;
- população usuária das ações e serviços;
- rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- Responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)

Dentre os componentes desse Decreto está o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), cujo objetivo é dar transparência à gestão do SUS, uma vez que define – entre outros aspectos – as responsabilidades e as atribuições de cada ente federado na provisão de ações e serviços de saúde, os investimentos na rede de serviços, além dos critérios de avaliação dos resultados e formas de monitoramento permanente (Brasil, 2011).

Tendo em vista o caráter de “construção coletiva” do SUS, que se faz por uma articulação entre prestadores públicos e privados, profissionais de saúde, governo e sociedade civil organizada, fica clara a necessidade de se estabelecer meios – os mais claros possíveis – para se fazer o controle desse gigante sistema, tanto pela sociedade, quanto pelos órgãos de controle.

Nesse sentido, o COAP esclarece responsabilidades (competências e atribuições) dos entes federativos nas redes de atenção à saúde, garantindo maior segurança jurídica nas relações interfederativas. Tende, portanto, a aumentar, facilitar e até tornar mais eficiente a participação e controle da sociedade na organização do Sistema de Saúde. Da mesma forma, também se espera a otimização do trabalho dos órgãos de controle (Ministério Público e Poder Judiciário).

O COAP definirá as responsabilidades individuais e conjuntas dos entes federativos sobre as ações e serviços de saúde, bem como os indicadores, metas, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. A avaliação de desempenho da prestação das ações e serviços definidos no COAP será feita por meio dos indicadores nacionais de garantia de acesso, considerando-se especificidades locais e regionais. Para tanto, serão utilizados os seguintes parâmetros essenciais

- Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- Responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- Indicadores e metas de saúde;
- Estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- Critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- Adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- Investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- Recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

E para garantir a gestão participativa, o COAP observará as seguintes diretrizes básicas:

- Estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
- Apuração permanente das necessidades e interesses do usuário;
- Publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Outros critérios contidos no COAP ainda preveem a humanização do atendimento como determinante para o estabelecimento das metas de saúde; o controle e a fiscalização do próprio COAP por meio do Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS e, que nos relatórios de gestão, haja seção específica relativa aos compromissos assumidos no COAP. Além disso, os dados sobre o COAP deverão ser lançados no Sistema de informação em saúde, e disponibilizados aos Conselhos de Saúde para monitoramento.

Portas de entrada para o Sistema:

- Atenção primária,
- Atenção de urgência e emergência,
- Atenção psicossocial
- Serviços especiais de acesso aberto (atendimento diferenciado por motivo de agravo e de situação laboral)

Podem, contudo, ser pactuadas outras portas de entrada pelos entes federativos nas suas Comissões Intergestoras.

Comissões Intergestores

A organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde serão pactuados pelas Comissões Intergestores (Bipartite e Tripartite), sendo que nestas, os gestores serão representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.

Mapa de Saúde

Deverão ser elaborados Mapas de saúde regional, estadual e nacional. Os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, devem ser considerados no planejamento e deverão compor tais Mapas da Saúde, os quais serão utilizados na identificação das necessidades de saúde e orientarão o planejamento integrado, contribuindo para o se estabelecer metas de saúde.

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

Para proporcionar um meio de seguimento e acompanhamento dos resultados terapêuticos por parte dos gestores do SUS, serão elaborados documentos estabelecendo critérios para diagnóstico da doença/agravo à saúde; o tratamento preconizado, as posologias recomendadas e os mecanismos de controle clínico.

12. Considerações Finais

Ao final desse estudo é possível confirmar os seus pressupostos iniciais sobre a relação entre a saúde pública e as opções políticas, desenhadas pelas forças sociais.

A história da saúde no Brasil reflete – como já era de se esperar- as opções políticas, sociais e econômicas de cada época. E, portanto, reflete a história do país.

Considerando-se que desde o Brasil Colônia até os dias atuais nossa história tem se desenhado calcada em modelos distintos (sociais, econômicos e políticos), que foram se alternando ou se substituindo, assim também a saúde foi experimentando diversos modos de organização.

O fato é que entramos no século XXI como o único país com mais de 100 milhões de habitantes que possui um Sistema público universal de Saúde (Brasil, 2015). A despeito das imensas dificuldades de financiamento e operacionalização do Sistema, das práticas em saúde ainda calcadas no paradigma biomédico e medicalizante, do sistema fragmentado, de processos de trabalho verticalizantes, é incontestável o “gigantismo” da produção de serviços e ações no SUS. Também não se pode negar o substantivo progresso em relação aos indicadores de saúde no Brasil, por exemplo a queda de 50,8% na mortalidade infantil entre os anos 2000 e 2010 (Brasil, 2012); o significativo acesso à atenção básica pela Estratégia de Saúde da Família, que hoje contempla 56% da população (Brasil, 2015) e outros. E também é fato o aumento da expectativa de vida do brasileiro, que passou, de 69,4 anos em 1998 para 74,9 anos em 2013 (IBGE, 2015).

Ao analisarmos a história ora apresentada nesse estudo, deparamo-nos com uma situação caracterizada, em sua essência, pela resistência do Sistema. Ou seria resiliência?

Trata-se de um Sistema de Saúde, cuja origem se deu num período de ditadura militar em que os espaços de discussão eram inexistentes e havia total esvaziamento popular nas decisões governamentais. Surgiu, portanto, legitimamente, de movimentos populares organizados, num ideal de resistência e anseio pela democratização da sociedade. *Sobreviveu*, já no seu nascimento, à um projeto neoliberal contrário aos seus princípios e tem sobrevivido às sucessivas e aviltantes quedas nos recursos para o seu financiamento.

Por ser eminentemente público e traduzir uma política de saúde baseada na universalidade e na equidade, é oposto à lógica de Estados neoliberais. E o Brasil, desde que se tornou uma democracia no final da década de 80, tem passado por sucessivos governos que (ora mais ora menos) têm se caracterizado pela adoção de políticas econômicas de cunho neoliberal, o que têm impactado negativamente no financiamento do Sistema, negando-lhe, inclusive, garantias que são constitucionais, como por exemplo, os 30% do orçamento da Seguridade Social, que nunca lhe foram conferidos.

Além de todas as dificuldades relacionadas está, ainda, a operacionalização de um Sistema que se assenta na integralidade e, entretanto, tem como precedentes modelos seculares hospitalocêntricos, biologicistas, hegemônicos e cujo paradigma biomédico hegemônico ainda impera reforçando, inclusive, campanhas classistas que travancam qualquer tentativa de construção de processos de trabalho contra-hegemônicos.

O empenho na descentralização do Sistema traduziu-se em ganho de autonomia e protagonismo pelos municípios. Mas a relação entre os entes federados, a regionalização solidária, o pacto interfederativo não ocorreram, ou não se deram na mesma proporção da municipalização da saúde. E estabeleceu-se assim um descompasso entre a autonomia teórica dos municípios e sua capacidade prática de resolver os problemas dos usuários que, efetivamente, “nascem, adoecem e morrem no município”.

O momento atual, assim como outros momentos passados, é crítico e ao mesmo tempo promissor para o SUS.

Se por um lado o Sistema é aviltado a todo momento com a falta de recursos (que lhe são de direito, mas não lhe chegam de fato), com medidas legislativas acintosas como a recente aprovação, pelo Congresso Nacional, do Orçamento Impositivo – que reduz ainda mais os recursos já insuficientes da Saúde – e outros; por outro lado, a regionalização da Saúde nunca se fez tão próxima e possível. A atual composição de algumas redes temáticas como a Rede Cegonha (Rede de atenção materno –infantil), a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), a RAU (Rede de Atenção às Urgências), acenam para novos tempos em que começamos a vislumbrar a integralidade em saúde no Brasil.

Conhecer e reconhecer a potencialidade do Sistema Único de Saúde, seja pela sua base teórico-conceitual – assentada no modelo do Estado de bem estar social – seja por sua capacidade de resistência às adversidades impostas pelos governos neoliberais em que esteve inserido até hoje no Brasil, é fundamental para que se possa olhar para trás e ver que toda a luta do Movimento pela Reforma Sanitária não foi em vão. Mas identificar suas fragilidades, especialmente as características paradig-

máticas que marcaram modelos anteriores e ainda se encontram nas práticas atuais, é fundamental para olharmos para frente.

Superar o paradigma hegemônico originado nos modelos passados é tarefa necessária. Vencer os interesses neoliberais que se contrapõem aos princípios universalistas do SUS é tarefa urgente.

13. REFERÊNCIAS

- Aguiar DS. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998. 160p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
- Arouca, S. Reforma sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca, 1998. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/38825>. Acessado em: 29 de agosto de 2015.
- Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1318. Acesso em janeiro de 2009.
- Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, organizadores. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: Open University Press; 2007. p. 22-43.
- Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 2ed. São Paulo: Ática, 1998. 71p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Cronologia Histórica da Saúde Pública. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>. Acessado em 22 de julho de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. Rev Saúde Pública 2011;45(6):1206-7
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.
- Brasil. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990a.
- Brasil. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. 20p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf>. Acesado em: em 11 jul. 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. 20p.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. 1988.
- Buss PMA. IX Conferência Nacional de Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 297-300, jul./set. 1991.
- Carvalho AI, Goulart FAA (Orgs.). Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, 1998. 3v., v.1.

- Casarin LC. O financiamento do setor saúde. In: Pereira AC (org). Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. 1ed. Ed Napoleão. Nova Odessa. 2009.
- COSEMS São Paulo. SUS e COSEMS São Paulo: 25 anos. Da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011. <http://www.cosemssp.org.br/downloads/25-Anos.pdf>. Acessado em: 29 de agosto de 2015.
- CNS (Conselho Nacional de Saúde). Pactos pela Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>. Acessado em: 02 de setembro de 2015
- Cunha, JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – princípios. In: Campos, FE, Oliveira JR.M, Tonon LM. (Org). Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11-26.
- Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. rap – Rio de Janeiro 43(2):445-56, MAR./ABR. 2009
- Ferreira AG. O processo de municipalização da saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2v., v.2. p.267-79.
- Fleury, Sonia. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Lígia e AMARANTE, Paulo (Orgs.). Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.
- Gomes, L. 1808. Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2007.
- Goulart FAA. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso. [Rio de Janeiro 2002. [Tese de Doutorado – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional De Saúde Pública].
- Hamilton W, Fonseca C. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 791-826, 2003.
- Hamilton, WS. Debate sobre a criação do Ministério da Saúde. In: III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993 (mimeo).
- Hamilton W, Fonseca C. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 791-826, 2003.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Brasília, 2010).
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Desafios do Desenvolvimento. A longa jornada dos direitos trabalhistas. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2909:catid=28&Itemid=23. Acessado em: 08 de agosto de 2015.
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva. v.6, n.2, p.269-91. 2001.
- Lima LD et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2881-2892, 2012.
- Luz, MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. PHYSIS. v. 1. n. 1, p. 77-96, 1991.
- Malloy J. Política de previdência social no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- Melo AC. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? São Paulo Perspec. 1996; 10(3):11-20.
- Mendes, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 19-91.
- Merhy EL. São Paulo de 1920 a 1940 – A Saúde Pública como Política. Os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais. Editora Rede Unida. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva. 2ªed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

- Mundo Educação. Greves operárias na Primeira República. Disponível em: <http://www.mundoeducacao.com/historiadosbrasil/greves-operarias-na-primeira-republica.htm>. Acessado em 08 de agosto de 2015.
- Oliveira, AGRC, Souza, ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Curso de Mestrado em odontologia Social/UFRN. Odontologia preventiva e social – textos selecionados. Natal: EDUFRN, 1997, cap. 8. p. 114-121.
- Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC: OPAS; 2010.
- PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- Pimenta AL. Mobilizações dos gestores municipais se intensificavam. SUS e COSEMS São Paulo: 25 anos. Da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011. <http://www.cosemssp.org.br/downloads/25-Anos.pdf>. Acessado em: 29 de agosto de 2015.
- Polignano, MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM 35: 2001
- Ponte CF, Reis JRF, Fonseca CMO. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excluídas? In: Ponte CF (Org). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.
- RIBEIRO, Paulo Silvino. “O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas”; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://www.brasilecola.com/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>>. Acesso em 02 de setembro de 2015.
- Risi Jr. JB e Nogueira RP. As condições de Saúde no Brasil. In: Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Editora FIOCRUZ, 2002.
- ROMANO, CS. O processo de municipalização da saúde no Brasil: considerações sobre uma política gradualista. In: Campos FE, Oliveira Jr.M, Tonon, L.M. (Org.). Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 1-9.
- Roncalli, AG.. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed 2003, p.28-49
- Salles, P. História da medicina no Brasil. Belo Horizonte, Ed.G. Holman, 1971. p. 141-161. Acesso em 15 de abril de 2015
- Scliar M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- Silva JR. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.
- Sophia DC. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista *Saúde em Debate*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, out./dez. 2012
- Souza RC, Batista FEB. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. XVII CONEPPI (Congresso Norte-Nordeste de Pesquisa e Inovação). Palmas, To. 2012.
- Tomazi, ZT. O que todo cidadão precisa saber sobre Saúde e Estado Brasileiro. (Cadernos de Educação Política). São Paulo: Global Editora, 1986.
- Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cad. Saúde Públ.*, v.13, n.2, p.325-30, 1997.
- Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família; *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 225- 264, 2005.
- Vianna, MLTW. *A americanização perversa da seguridade social do Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; Ucam-Iuperj, 2000.p.141