Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP
Especialização em Gestão em Saúde

Políticas de Saúde:

Fundamentos e Diretrizes do SUS

Antônio Ivo de Carvalho
Pedro Ribeiro Barbosa

CAPES
2010

© 2010. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Todos os direitos reservados.
A responsabilidade pelo conteúdo e imagens desta obra é do(s) respectivo(s) autor(es). O conteúdo desta obra foi licenciado temporária e gratuitamente para utilização no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Brasil, através da UFSC. O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

C331p Carvalho, Antônio Ivo de

Políticas de saúde : fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

82p.

Inclui bibliografia
Especialização em Gestão em Saúde
ISBN: 978-85-7988-059-9

1. SPolíticas de Saúde – Brasil – História. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Saúde Pública. 4. Educação a distância.
I. Barbosa, Pedro Ribeiro. II. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). III. Universidade Aberta do Brasil. IV. Título.

CDU: 614:35

Catalogação na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

Fernando Haddad

PRESIDENTE DA CAPES

Jorge Almeida Guimarães

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REITOR

Alvaro Toubes Prata

VICE-REITOR

Carlos Alberto Justo da Silva

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DIRETOR

Ricardo José de Araújo Oliveira

VICE-DIRETOR

Alexandre Marino Costa

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO

CHEFE DO DEPARTAMENTO

Gilberto de Oliveira Moritz

SUBCHEFE DO DEPARTAMENTO

Marcos Baptista Lopez Dalmau

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Carlos Eduardo Bielschowsky

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DIRETOR DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Celso José da Costa

COORDENAÇÃO GERAL DE ARTICULAÇÃO ACADÊMICA

Nara Maria Pimentel

COORDENAÇÃO GERAL DE SUPERVISÃO E FOMENTO

Grace Tavares Vieira

COORDENAÇÃO GERAL DE INFRAESTRUTURA DE POLOS

Francisco das Chagas Miranda Silva

COORDENAÇÃO GERAL DE POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO

Adi Balbinot Junior

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO – PNAP

Alexandre Marino Costa
Claudinê Jordão de Carvalho
Eliane Moreira Sá de Souza
Marcos Tanure Sanabio
Maria Aparecida da Silva
Marina Isabel de Almeida
Oreste Preti
Tatiane Michelon
Teresa Cristina Janes Carneiro

METODOLOGIA PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Universidade Federal de Mato Grosso

COORDENAÇÃO TÉCNICA – DED

Soraya Matos de Vasconcelos
Tatiane Michelon
Tatiane Pacanaro Trinca

AUTORES DO CONTEÚDO

Antônio Ivo de Carvalho
Pedro Ribeiro Barbosa

EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS CAD/UFSC

Coordenador do Projeto
Alexandre Marino Costa

Coordenação de Produção de Recursos Didáticos
Denise Aparecida Bunn

Supervisão de Produção de Recursos Didáticos
Érika Alessandra Salmeron Silva

Designer Instrucional
Andreza Regina Lopes da Silva
Denise Aparecida Bunn

Auxiliar Administrativo
Stephany Kaori Yoshida

Capa
Alexandre Noronha

Ilustração
Igor Baranenko

Projeto Gráfico e Finalização
Annye Cristiny Tessaro

Editoração
Rita Castelan

Revisão Textual
Barbara da Silveira Vieira
Claudia Leal Estevão Brites Ramos
Mara Aparecida A. R. Siqueira

Créditos da imagem da capa: extraída do banco de imagens Stock.xchng sob direitos livres para uso de imagem.

Prefácio

Os dois principais desafios da atualidade na área educacional do País são a qualificação dos professores que atuam nas escolas de educação básica e a qualificação do quadro funcional atuante na gestão do Estado brasileiro, nas várias instâncias administrativas. O Ministério da Educação (MEC) está enfrentando o primeiro desafio com o Plano Nacional de Formação de Professores, que tem como objetivo qualificar mais de 300.000 professores em exercício nas escolas de ensino fundamental e médio, sendo metade desse esforço realizado pelo Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB). Em relação ao segundo desafio, o MEC, por meio da UAB/CAPES, lança o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP). Esse programa engloba um curso de bacharelado e três especializações (Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde) e visa a colaborar com o esforço de qualificação dos gestores públicos brasileiros, com especial atenção no atendimento ao interior do País, através dos Polos da UAB.

O PNAP é um programa com características especiais. Em primeiro lugar, tal programa surgiu do esforço e da reflexão de uma rede composta pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), pelo Ministério do Planejamento, pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Federal de Administração, pela Secretaria de Educação a Distância (SEED) e por mais de 20 instituições públicas de ensino superior (IPES), vinculadas à UAB, que colaboraram na elaboração do Projeto Político Pedagógico dos cursos. Em segundo lugar, este projeto será aplicado por todas as IPES e pretende manter um padrão de qualidade em todo o País, mas abrindo margem para

que cada Instituição, que ofertará os cursos, possa incluir assuntos em atendimento às diversidades econômicas e culturais de sua região.

Outro elemento importante é a construção coletiva do material didático. A UAB colocará à disposição das IPES um material didático mínimo de referência para todas as disciplinas obrigatórias e para algumas optativas. Esse material está sendo elaborado por profissionais experientes da área da Administração Pública de mais de 30 diferentes instituições, com apoio de equipe multidisciplinar. Por último, a produção coletiva antecipada dos materiais didáticos libera o corpo docente das IPES para uma dedicação maior ao processo de gestão acadêmica dos cursos; uniformiza um elevado patamar de qualidade para o material didático; e garante o desenvolvimento ininterrupto dos cursos, sem paralisações que sempre comprometem o entusiasmo dos alunos.

Por tudo isso, estamos seguros de que mais um importante passo em direção à democratização do ensino superior público e de qualidade está sendo dado, desta vez contribuindo também para a melhoria da gestão pública brasileira, compromisso deste governo.

Celso José da Costa
Diretor de Educação a Distância
Coordenador Nacional da UAB
CAPES-MEC

Sumário

Apresentação..... 9

Unidade 1 – Antecedentes do SUS: Breve Trajetória

Introdução..... 15
As Origens da medicina previdenciária..... 17
Anos 1970: expansão e crise do modelo médico-assistencial privatista..... 19
Anos 1980: a transição para a seguridade social..... 22

Unidade 2 – Configuração legal e técnica do SUS

Introdução..... 33
O SUS como um novo pacto social..... 36
O SUS como um novo desenho político-institucional..... 39
O SUS como um novo modelo técnico-assistencial..... 43

Unidade 3 – Os anos de 1990 e a implantação do SUS: desafios e inovações

Introdução..... 51
NOB-SUS 91 e NOB-SUS 93 – descentralização e gestão pública..... 53
NOB-SUS 96 – reorganização do modelo de oferta de serviços..... 59
Concepção ampliada de saúde..... 60
O fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada..... 61

Unidade 4 – O SUS atual e perspectivas para o futuro

A Norma Operacional de Atenção à Saúde – NOAS-SUS 2002..... 67

As estratégias da NOAS-SUS 02..... 68

A regionalização das ações em saúde..... 69

O fortalecimento da capacidade de gestão do SUS..... 71

Financiamento..... 72

Considerações finais..... 79

Referências..... 82

Minicurrículo..... 86

Apresentação

Caro estudante,

Estamos iniciando a disciplina *Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS*, na qual discutiremos o sistema de saúde vigente no País. O atual sistema de saúde brasileiro foi modelado há relativamente pouco tempo, a partir de um processo de mudanças que remonta à década de 1970 e que acelerou o passo ao longo dos anos de 1980 adquirindo estatuto institucional na Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988, e regulamentação por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Embora resulte de um processo interno de forte densidade política e social, também foi influenciado por diversos modelos externos, em particular por aqueles vigentes no *welfares states* (Estado-Providência).

Esse sistema ficou conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), e é assim denominado justamente porque sua formulação corresponde à unificação dos vários subsistemas até então existentes, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública etc.) quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual, municipal), e distinguindo o setor estatal do setor privado.

Ao estabelecer os princípios de universalidade, de equidade e de integralidade da atenção como diretrizes organizacionais da descentralização e da participação da sociedade, o SUS rompeu com o sistema anterior e fundou novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais para o provimento das ações e dos serviços de saúde no País, considerados como

direito universal do cidadão e dever do Estado. O SUS foi desenhado e institucionalizado na contramão de uma tendência que, no plano internacional, apontava para uma revalorização do mercado como alternativa ao modelo clássico do *welfare state*, tido como inviável em razão da crise fiscal e da legitimidade do Estado à época.

Enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção dos gastos públicos; no Brasil, expandiam-se os direitos sociais e ampliava-se a responsabilidade estatal com o seu provimento. Por isso, se naquele momento a conjuntura interna de reconstrução democrática e resgate da dívida social legada pelos anos de ditadura dava suporte à expansão de direitos sociais, entre os quais os da saúde, era inevitável que, ao ser implementado, o SUS se visse diante das limitações materiais e ideológicas impostas pela agenda da reforma do Estado, introduzida no País no início dos anos de 1990, que ameaçava vetos às generosidades universalistas da Constituição de 1988.

Sendo assim, veremos nesta disciplina que o atual sistema de saúde no Brasil não é nem a aplicação literal do desenho legal do SUS, nem o resultado de prescrições estipuladas fora do processo social que o originou. Para evidenciar tal situação, estudaremos as principais características desse sistema, não como um retrato estático de suas regras e preceitos, mas como o processo de construção de um modelo brasileiro de sistema de saúde ainda em curso e chamado a dar resposta efetiva aos desafios sanitários do País.

O SUS também não foi constituído numa proveta social, como fruto da mente criativa de planejadores e políticos. Ao contrário, sua arquitetura institucional altamente inovadora corresponde a um processo social rico, no qual se chocaram interesses e valores sociais diversos que suscitaram a renovação de crenças cognitivas relevantes, algumas delas inéditas na tradição de políticas públicas no Brasil.

Buscando no passado a origem e as explicações para a sua configuração inovadora, é possível discriminarmos na

genealogia do SUS dois movimentos tendenciais fortes que presidiram a evolução das políticas de saúde nos últimos 30 anos:

- o primeiro, de caráter geral ao campo das políticas de proteção social, apontou em direção à sua universalização, ou seja, ao reconhecimento de direitos sociais vinculados à cidadania plena. Resultou na migração do modelo de **seguro social** que caracterizou, desde sua origem, o sistema previdenciário brasileiro, para o modelo de **seguridade social**, finalmente adotado na Constituição de 1988; e
- o segundo, de caráter específico ao setor da Saúde, em busca de uma maior efetividade sanitária, envolveu a adoção para si de uma concepção mais ampla. Apontou para a transição de um modelo de **atenção curativa** à demanda para um modelo de **atenção integral** à população.

Para organizarmos este material e facilitarmos o seu estudo, dividimos o livro-texto em quatro Unidades que objetivam desenvolver sua capacidade profissional, como gestor público em saúde, de forma a situá-lo diante do sistema de saúde em seu contexto socioeconômico, cultural e político brasileiro, bem como possibilitar o seu conhecimento acerca dos fundamentos político-ideológicos e técnicos do SUS, suas características como um novo pacto social, como um novo modelo de gestão e um novo arranjo técnico-assistencial.

Não temos a pretensão de esgotar o tema desta disciplina, mas sim o de apresentar um olhar entre os inúmeros que abordam os assuntos aqui discutidos, por isso dedique-se a pesquisar as indicações de leitura que oferecemos ao longo das Unidades e, especialmente, a bibliografia referenciada ao final do livro-texto.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

Professores Antônio Ivo de Carvalho e Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE 1

ANTECEDENTES DO SUS:
BREVE TRAJETÓRIA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- Identificar a sequência histórica dos modelos de políticas de saúde no Brasil;
- Debater a lógica da articulação entre políticas de saúde e padrões de organização social; e
- Identificar os conflitos, interesses e necessidades sociais que deram origem ao SUS.

Introdução

Caro estudante,

Vamos iniciar o nosso estudo tratando das origens da medicina previdenciária fazendo uma síntese da expansão e da crise do modelo médico-assistencial privatista dos anos de 1970 e também da sua transição para a seguridade social ocorrida nos anos de 1980.

Faça uma leitura cuidadosa desta Unidade, anote suas reflexões, visite o AVEA do curso e, em caso de dúvida, consulte seu tutor. Lembre-se de que estamos aqui para auxiliá-lo. Bons estudos!

É conhecido o fato de que, até o final da década de 1980, a definição de direitos sociais estava restrita à sua vinculação ao sistema previdenciário, sendo definidos como cidadãos os indivíduos pertencentes às categorias ocupacionais reconhecidas pelo Estado e que contribuíam para a Previdência Social. Isso porque, desde as décadas de 1930 e 1940, no período populista de Getúlio Vargas, o desenvolvimento das políticas sociais se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos da classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do País. Esse projeto teve grande visibilidade e impacto político, embora não tenha conseguido, de fato, eliminar a pobreza ou implementar uma redistribuição significativa de renda.

Nesse contexto, as categorias mais importantes de trabalhadores lograram, desde cedo (anos de 1930), formar os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social no País.

Entretanto, o acesso a elas e às suas sucessoras estava limitado apenas aos membros da comunidade, localizados nas ocupações definidas em lei e que contribuíam para a Previdência Social.

> A extensão da cidadania foi feita mediante essa vinculação profissional, e não pelo reconhecimento da condição de membro da comunidade nacional. Não bastava ser brasileiro para gozar de direitos de cidadania social; antes era necessário "ter carteira de trabalho assinada" e contribuir financeiramente para a Previdência Social, mediante uma modalidade de seguro (recebem benefícios somente aqueles que pagam por eles).

Havia, de fato, o estabelecimento de uma cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical. Dessa forma, acabaram excluídos da cidadania todos os indivíduos que não possuíam ocupação reconhecida por lei, como os trabalhadores da área rural e os trabalhadores urbanos cujas ocupações não estavam reguladas.

Contudo, a tensão entre a manutenção de uma estrutura de privilégios e a necessidade de extensão dos chamados direitos sociais foi expressiva no Brasil. Essa tensão ocorreu não apenas entre as categorias profissionais privilegiadas – bancários, comerciários, industriários e funcionários públicos, que mostravam marcantes diferenças de acesso entre si – como entre elas e o restante da população.

Vamos ver agora como esse processo ocorreu na área da saúde, em que a mesma lógica modelou o caráter médico-assistencial privatista que prevaleceu até os anos 1980.

As origens da medicina previdenciária

A partir de 1945, com a industrialização crescente e com a liberação da participação política dos trabalhadores, ocorreu um aumento significativo e progressivo da demanda por atenção à saúde, incidindo sobre todos os institutos.

Tal processo de expansão culminou com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, que promoveu a uniformização dos benefícios, ou seja, padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem filiados. Como a uniformização dos benefícios não foi seguida da unificação dos institutos e nem significou a universalização da atenção à saúde para toda população, o resultado foi o aumento da irracionalidade na prestação de serviços, ao mesmo tempo que a população não previdenciária continuava discriminada, não podendo ser atendida na rede da Previdência Social.

Conheça a Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960, que dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social, disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1960/3807.htm>.

Por força de uma resposta à demanda crescente por serviços de atenção individual, a política previdenciária de saúde, à época, já apresentava como características marcantes uma elevada concentração de rede própria nas grandes cidades do País e o caráter exclusivamente curativo do modelo de atenção médica.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais, significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão

da oferta de serviços. Progressivamente, foram sendo desativados e/ou sucateados os serviços hospitalares próprios da Previdência Social, ao mesmo tempo que era ampliado o número de serviços privados credenciados e/ou conveniados. No entanto, o atendimento ambulatorial continuou como rede de serviços próprios e expandiu-se nesse período.

As consequências dessa política privatizante apareceram rapidamente, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade:

- de um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como um "cheque em branco", tendo a Previdência Social de pagar as faturas enviadas após a prestação dos serviços; e
- de outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas.

Ao lado dessa situação, explodiam os custos do sistema, tanto em razão da opção pela medicina curativa, cujos custos eram crescentes em função do alto ritmo de incorporação tecnológica, quanto em razão da forma de compra de serviços pela Previdência Social, realizada por meio das chamadas unidades de serviços (US), que, além de valorizarem os procedimentos mais especializados e sofisticados, eram especialmente suscetíveis a fraudes, cujo controle apresentava enorme dificuldade técnica.

Anos 1970: expansão e crise do modelo médico-assistencial privatista

A década de 1970 foi marcada por uma ampliação constante da cobertura do sistema, o que levou ao aumento da oferta de serviços médico-hospitalares e, consequentemente, a uma pressão por aumento nos gastos. Ao mesmo tempo, foram intensificados os esforços de racionalização técnica e financeira do sistema.

A expansão da cobertura adveio tanto pela incorporação de novos grupos ocupacionais ao sistema previdenciário (empregadas domésticas, trabalhadores autônomos, trabalhadores rurais) quanto pela extensão da oferta de serviços à população não previdenciária. O aumento da demanda por serviços de saúde ocorreu no bojo de um processo político de busca de legitimação do regime militar que, principalmente a partir de 1974 com o II Plano Nacional de Desenvolvimento, implementou um esforço de incorporação da dimensão social em seu projeto de desenvolvimento econômico.

As tentativas de disciplinar a oferta de serviços de saúde, por meio de mecanismos de planejamento normativo, como o Plano de Pronta Ação de 1974 e a Lei do Sistema Nacional de Saúde de 1975, não foram capazes de fazer frente aos

Saiba mais — **Plano de Pronta Ação**

O Plano de Pronta Ação foi formulado em 1974 com o objetivo de universalizar o atendimento médico, principalmente o atendimento de emergência. A Previdência Social comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente, Fonte: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

problemas apontados, já que se restringiam a delimitar os campos de ação dos vários órgãos provedores.

> Curiosamente, tais tentativas disciplinadoras, além de terem apresentado baixo impacto em termos de racionalização da oferta, causaram o efeito paradoxal de expandi-la, já que propunham a remoção de barreiras burocráticas para o atendimento médico, o que na prática viabilizou o atendimento a clientelas não previdenciárias, representando uma espécie de universalização informal do acesso.

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1977, deu-se em um contexto de aguçamento de contradições do sistema previdenciário, cada vez mais pressionado pela crescente ampliação da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica no modelo privatista e curativo vigente.

A nova autarquia representou, assim como o conjunto do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. Sob a orientação de uma lógica sistêmica, o Inamps pretendeu simultaneamente articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto das políticas de proteção social. No primeiro caso, por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS); no segundo caso, por meio do Sinpas. Como componente simultâneo do SNS e do Sinpas, esperava-se do Inamps o cumprimento do papel de braço assistencial do sistema de saúde e de braço da saúde do sistema de proteção social. O SNS foi criado pela Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975, visando a superar a descoordenação imperante no campo das ações de saúde.

Conheça a Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977, que institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1977/6439.htm>.

O SNS foi constituído pelo "[...] complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde [...] organizados e disciplinados nos termos desta lei [...]".

(BRASIL, 1975, Art. 1º) Em relação à política pública de saúde, essa lei atribuiu ao Ministério da Saúde (MS) a sua formulação, bem como a promoção ou execução de ações voltadas para o atendimento de interesse coletivo, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por meio do INPS (depois Inamps), foi responsabilizado, principalmente, pelas ações médico-assistenciais individualizadas.

Malgrado sua pretensa racionalidade sistêmica, tal projeto jamais chegou a ter importância significativa na solução ou na prevenção da crise que se avizinhou. O SNS, de fato, foi mais um protocolo de especialização de funções do que um mecanismo de integração dos dois principais órgãos responsáveis pela política de saúde. Embora fosse atribuída ao MS a função reitora na formulação da política de saúde, na prática, foi o MPAS que, por deter a maior parte dos recursos públicos destinados à área de saúde, predominou na definição da linha política setorial.

Por sua vez, o Inamps, como o braço da Saúde do Sinpas, teve suas ações condicionadas ou limitadas pela disponibilidade dos recursos existentes, já que os benefícios previdenciários (aposentadorias, pensões e outros benefícios), por sua natureza contratual, tinham primazia na alocação dos recursos do sistema. As despesas do Inamps, que em 1976 correspondiam a 30% do orçamento da Previdência Social, em 1982 atingiram apenas 20% do total, o que correspondeu a perda de um terço da participação nos gastos.

Perceba que os anos de 1970 marcaram a glória e a ruína do sistema de saúde brasileiro, tal como foi desenhado em meados dos anos de 1960, no bojo do processo de modernização conservadora experimentada pelo Estado brasileiro sob a vigência do regime autoritário.

Você sabe como naqueles anos a crise financeira brasileira abriu caminho para a reforma do sistema? Vamos verificar?

Anos 1980: a transição para a seguridade social

O Inamps entra na década de 1980 vivendo o agravamento da crise financeira no País e tendo de equacioná-la não simplesmente como o gestor da assistência médica aos segurados da Previdência Social, mas como o responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população. Ou seja, a crise deveria ser enfrentada em um contexto não apenas de extensão de benefícios a alguns setores, mas de universalização progressiva do direito e do acesso aos serviços de saúde.

O aumento de serviços e gastos, decorrentes dessa ampliação de cobertura, teria de ser enfrentado em um quadro de redução das receitas previdenciárias, provocado pela política econômica recessiva que, desde 1977, reduzia a oferta de empregos, a massa salarial e levava ao esgotamento as fontes de financiamento baseadas na incorporação de contingentes de contribuintes.

Nesse quadro, a estratégia racionalizadora privilegiou de um lado o controle de gastos via combate a fraudes e outras evasões e, de outro, a contenção da expansão dos contratos com prestadores privados, passando a privilegiar o setor público das três esferas governamentais:

- para o combate às fraudes, já havia sido criada no MPAS a Empresa de Processamento de Dados da Previdência (Dataprev), encarregada de processar também as contas hospitalares. Com instrumentos cada vez mais sofisticados de controle, a Dataprev visava a reduzir o volume de fraudes, ainda que tais

mecanismos fossem incapazes de reduzir o custo da atenção prestada; e

- na área da assistência médica, o esforço de adequar oferta e demanda, sem aumentar o déficit financeiro da Previdência Social, foi direcionado ao estabelecimento de convênios com outros órgãos públicos de saúde, pertencentes ou às secretarias de saúde, ou ao MS, ou às universidades públicas. Além de prestarem os serviços a um custo inferior ao da rede privada, a forma de repasse de recursos do Inamps para os serviços públicos conveniados, via orçamento global, permitia maior controle e planejamento dos gastos.

Dessa forma, o Inamps iniciava um processo de integração da rede pública que viria a culminar com a dissolução das diferenças entre a clientela segurada e a não segurada.

Em 1981, o agravamento da crise financeira da Previdência Social provocou uma intensificação do esforço de racionalizar a oferta de serviços, o que acentuou a tendência anterior de integração da rede pública de atenção à saúde.

Nesse sentido, o marco inicial desse período foi a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), por meio do Decreto n. 86.329/81. Composto de notáveis da medicina, de representantes de vários ministérios e de representantes dos trabalhadores e dos empresários recebeu a missão de reorganizar a assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos no sistema de saúde, estabelecer mecanismos de controle de custos e reavaliar o financiamento da assistência médico-hospitalar. Estabeleceu um conjunto de medidas racionalizadoras, fixou parâmetros de cobertura assistencial e de concentração de consultas e hospitalizações por habitante, além de medidas para conter o credenciamento indiscriminado de médicos e hospitais (Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982).

Para conhecer o Decreto n. 86.329, de 2 de setembro de 1981, acesse ao endereço eletrônico: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_86329-81.pdf>.

Os dois programas mais importantes do CONASP foram o de implantação do **Sistema de Atenção Médico-Hospitalar**

da Previdência Social (SAMHPS) e o de implantação das **Ações Integradas de Saúde (AIS)**. O primeiro voltado a disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada; e o segundo, com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das três esferas governamentais, até então completamente desarticuladas.

Enquanto o SAMHPS permitia melhorar os controles institucionais sobre os gastos hospitalares, viabilizando maior racionalidade para planejar, as AIS constituíam o principal caminho de mudança estratégica do sistema. A partir desse último programa, o sistema caminhou progressivamente para a universalização de clientelas, para a integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos municípios.

> Sob a pressão da crise financeira foi gestado, no interior da Previdência Social e do Inamps, um processo de reforma que, embora inicialmente movido pela necessidade de contenção financeira, terminou ampliando e incorporando elementos críticos sobre a estrutura do sistema, fosse pelo seu caráter privatista, fosse pelo seu caráter médico-hospitalocêntrico.

Isso aconteceu em um quadro de perda crescente de legitimidade social e política do sistema, em razão de sua ineficiência e de sua baixa efetividade, e foi viabilizado pela presença de técnicos e intelectuais progressistas no interior da máquina burocrática, inspirados nas propostas de equidade e expansão do direito à saúde, então sintetizados no lema internacional "Saúde para Todos até o Ano 2000".

Embora as AIS fossem financeiramente um programa marginal do Inamps – em 1984, representavam 6,2% do orçamento, enquanto

a rede privada contratada recebia em torno de 58,3% –, por meio delas foi construída a base técnica e foram formulados os princípios estratégicos que resultaram nas mudanças institucionais ocorridas no final da década. Na Secretaria de Planejamento do Inamps, encarregada de cuidar dos recursos financeiros e legais da relação com os Estados e os municípios, foram elaborados os instrumentos precursores do que seria um planejamento nacional integrado das ações de saúde, pactuado entre as três esferas governamentais.

A chamada **Programação e Orçamentação Integradas (POI)** desempenhou um papel pioneiro na consideração dos Estados e municípios como cogestores do sistema de saúde, e não simplesmente como vendedores de serviços ao sistema federal. Embora frequentemente atropelado pelas limitações orçamentárias e pelas injunções da política clientelista, esse instrumento de programação muito contribuiu para a mudança da cultura técnica institucional.

As AIS demarcaram, também, o início de um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada entre as esferas de governo e entre os órgãos setoriais do governo federal. A partir da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), composta dos Ministérios da Previdência, da Saúde, da Educação e, mais tarde, do Trabalho, e das Comissões Interinstitucionais Estaduais, Regionais e Municipais (CIS, CRIS, CIMS etc.), foi consolidado um espaço institucional de pactuação de políticas, metas e recursos dos gestores entre si e desses com os prestadores, e até mesmo com os usuários, visto que, em algumas dessas comissões, houve a participação de associações de profissionais e de moradores.

Além do fato de que os representantes institucionais não dispunham de autonomia decisória (a descentralização administrativa ainda era incipiente), havia uma evidente assimetria de poder entre os parceiros, você imagina o porquê?

Porque o financiamento dos serviços era dado por meio de repasses financeiros do Inamps aos Estados e municípios convenentes, com base na sua produção de serviços, dentro de tetos orçamentários preestabelecidos de acordo com a capacidade instalada.

O advento da Nova República, em 1985, representou a derrota da solução ortodoxa privatista para a crise da Previdência Social e o predomínio de uma visão publicista, comprometida com a reforma sanitária. O comando do Inamps foi assumido pelo grupo progressista, que disseminou os convênios das AIS por todo o País, aprofundando seus aspectos mais inovadores. Os 130 municípios signatários em março de 1985 passaram para 644 em dezembro e para 2.500 no final de 1986.

Esse movimento de expansão das AIS, no biênio 1985/1986, correspondeu ao período de maior efervescência dos debates sobre as formas de organização das políticas sociais na Nova República, que terminaram por fazer prevalecer a estratégia da descentralização de competências, de recursos e de gerência relativos aos diversos programas setoriais. Expresso no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, o princípio da descentralização, cuja implementação foi liderada pela Saúde, ao mesmo tempo que impulsionou e fortaleceu o modelo de reorganização da assistência expresso pelas AIS, começou a colocar em "xeque" o próprio Inamps, uma vez que nele permaneceu concentrado um amplo poder baseado principalmente no monopólio do relacionamento com o setor privado, que continuava representando a maior parte tanto da oferta hospitalar quanto dos recursos financeiros.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, alcançou grande representatividade e cumpriu o papel de sistematizar tecnicamente e de disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado à universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade.

Em 20 de julho de 1987, foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), por meio do Decreto n. 94.657. Os debates e as iniciativas de reorganização do pacto federativo no País, assim como os resultados eleitorais de novembro de 1986, criaram o clima favorável a essa medida que apontava os Estados e os municípios como os gestores do futuro sistema de saúde.

Saiba mais **Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)**

Na prática, o SUDS promoveu a celebração de convênios entre o Inamps e os governos estaduais, mas não era uma ação obrigatória. A participação da Secretaria Estadual de Saúde ou do Governo do Estado, era opcional. Se o Estado não concordasse em participar do SUDS, era o INAMPS que continuaria executando suas funções. Fonte: <http://www.scribd.com/doc/14703364/O-sistema-unico-de-Saude>. Acesso em: 2 ago. 2010.

O programa dos SUDS representou a extinção legal da ideia de assistência médica previdenciária, redefinindo as funções e atribuições das três esferas gestoras no campo da saúde, reforçando a descentralização e restringindo o nível federal apenas às funções de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação do relacionamento com o setor privado. Quanto ao Inamps, o programa estabeleceu a progressiva transferência aos Estados e aos municípios de suas unidades; de recursos humanos e financeiros; das atribuições de gestão direta, de convênios e de contratos assistenciais; e de sua completa reestruturação para cumprir as funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

A nova Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei n. 8.080 e da Lei n. 8.142.

O ano de 1989, entretanto, junto com o retrocesso político ocasionado pelo fracasso de sucessivos planos econômicos de

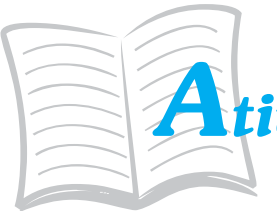
combate à inflação assistiu ao recrudescimento das resistências do setor privado e da burocracia federal e à dissolução das atribuições e dos recursos do Inamps nas esferas estadual e municipal. Por conseguinte, o grupo progressista foi deslocado do comando do órgão por grupos conservadores que tentavam estabelecer uma última trincheira pela preservação de sua estrutura e de suas funções. A ausência de um projeto claro de restauração do sistema anterior, assim como o crescente peso político de novos atores na arena setorial, como os secretários municipais e estaduais de saúde, organizados em entidades nacionais, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), fizeram com que tais resistências tivessem pouco fôlego.

Em 7 de março de 1990, na última semana do governo Sarney, o Inamps foi finalmente transferido do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde, por meio do Decreto n. 99.060. A partir daí, a presidência da autarquia passou a ser exercida pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em uma progressiva diluição de sua identidade institucional. O processo de formatação e operacionalização do SUS nos Estados e municípios, por meio da Norma Operacional Básica 1991 (NOB-SUS 91) e da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 93), formalizou a transferência da gestão da saúde a essas esferas governamentais, tendo nas Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites o espaço institucional de distribuição pactuada de recursos e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

A extinção legal do Inamps, em julho de 1993, ocorreu de forma quase natural, como consequência de seu desaparecimento orgânico e funcional no emergente SUS.

Resumindo

Nesta Unidade descrevemos a sequência histórica dos modelos de políticas de saúde no Brasil entre 1900 e 2010. Apontamos e discutimos ainda a lógica que articula esses modelos aos sucessivos padrões de organização social, assim como identificamos os interesses, conflitos e necessidades sociais que deram origem ao SUS.



Atividades de aprendizagem

Agora é sua vez. Amplie sua reflexão sobre os temas aqui discutidos realizando a atividade a seguir.

1. Assista ao vídeo sobre o *SUS: Marilu*, disponível no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA). Interrompa o filme a cada período e tente lembrar o que você sabe sobre ele. Na sequencia discuta com seus colegas as informações relevantes sobre o período e sobre os acontecimentos que marcaram a construção do SUS em nosso País.