

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS\*

João Paulo Pinto da Cunha & Rosani Evangelista da Cunha



O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrentes de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são fruto apenas do momento atual. Ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas.

A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde ao contexto político geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS. Nesse sentido, o objetivo deste texto é apresentar, de forma organizada, os elementos que compõem o SUS e alguns marcos históricos da política de saúde no Brasil. É claro que, após alguns anos de sua implantação legal pela Constituição Federal de 1988, o SUS não é hoje uma novidade. No entanto, apesar do tempo decorrido e da clareza das definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é, em si, uma garantia de mudanças. Construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS. Garantido o alicerce, falta compor, parte a parte, a estrutura do edifício. Não existe um caminho natural para isso. Os embates políticos, corporativos e a variada gama de interesses de um setor que mobiliza muitos recursos estarão sempre presentes. Não é a constatação da impossibilidade, pelo contrário, uma exortação ao trabalho político conseqüente.

Como se trata de um texto introdutório, procura-se abordar os conceitos e a história da constituição do Sistema Único de Saúde a partir da trajetória da política de saúde e Previdência no Brasil.

\*Texto retirado do Caderno *Planejamento e Gestão em Saúde*, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte: Coopmed (Caderno de Saúde, 2). Reprodução autorizada pelos autores.

## O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

### O Período 23-30: nascimento da Previdência Social no Brasil

O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá como decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura. Esta também é a época de nascimento da legislação trabalhista brasileira.

Em 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, que, para alguns autores, pode ser definida como marco do início da Previdência Social no Brasil. De 1923 a 1930, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao poder público apenas a resolução de conflitos.

No modelo previdenciário dos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior.

Em relação às ações de saúde coletiva, este período é marcado pelo surgimento do chamado “sanitarismo campanhista”, nascido da Reforma Carlos Chagas em 20-23. Este sanitarismo se pautava por uma visão de combate às doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de “intervenção sobre os corpos individual e social”. Alguns anos antes, em 1920, havia sido criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, responsável por estas ações.

## Quadro 1 – O período 23-30: nascimento da Previdência Social no Brasil

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- 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 atribuição das CAPs através de serviços próprios.	- Sanitarismo camponês; - Dep. Nac. Saúde Pública; - Reforma Carlos Chagas.

## O Período 30-45: propostas de contenção de gastos e surgimento das ações centralizadas de saúde pública

Com a Revolução de 30, liderada por Getúlio Vargas, assume o poder uma coalizão que traz, de forma destacada, a preocupação com o novo operariado urbano. Este período foi marcado pela criação de órgãos e instrumentos que legitimaram a ação sindical em moldes corporativos.

Do ponto de vista político, este período é caracterizado por uma profunda crise, marcado por greves e manifestações, principalmente entre os anos 30-35. A busca de aliados por parte do governo, que tentava ampliar sua base de apoio, incluindo entre elas as classes trabalhadoras urbanas, colocava em evidência o tema da Previdência Social. Foi criado o Ministério do Trabalho, aprofundou-se a legislação trabalhista, ao mesmo tempo em que havia restrições e manipulações na esfera sindical.

Em relação à Previdência Social, houve profundas modificações no que se refere à organização e concepção. Do ponto de vista de concepção, a Previdência é claramente definida como seguro, privilegiando os benefícios e reduzindo a prestação de serviços de saúde. Embora com algumas oscilações entre os institutos, a legislação adotada entre 30 e 45 tentará diferenciar as atribuições de benefícios e serviços de saúde. Estes passam a ser entendidos como concessão, e não mais atribuição específica, sendo uma função provisória e secundária. Tal definição provoca um profundo corte nas despesas com assistência médico-hospitalar.

Do ponto de vista organizativo, este é um momento marcado pela criação dos Institutos de Aposentadoria de Pensões (IAPs), entidades organizadas não mais por empresas, mas por categorias profissionais. Diferentemente das CAPs, a administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal. O conselho de administração, formado com participação de representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização, e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo presidente da República. Há uma

ampliação da Previdência com a incorporação de novas categorias antes não cobertas pelas CAPs.

Caracterizam esta época a participação do Estado no financiamento (embora meramente formal) e na administração dos institutos, e um esforço ativo para diminuir despesas, com a consolidação de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Isto faz com que os superávits dos institutos constituam um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência passa a se configurar como “sócia” do Estado nos investimentos de interesse do governo.

Em relação às ações de saúde coletiva, esta é a época do auge do sanitarismo campanhista. Em 1937, é criado o primeiro órgão de saúde de dimensão nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela, em 39 o Serviço de Malária do Nordeste, e em 40 o Serviço de Malária da Baixada Fluminense.

No período 38-45, o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país. Em 1942, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais.

### Quadro 2 – O período 30-45: propostas de contenção de gastos e surgimento das ações centralizadas de saúde pública

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- Criação do Ministério do Trabalho; - CLT.	- 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).

### O Período 45-66: crise do regime de capitalização e nascimento do sanitarismo desenvolvimentista

Este momento pode ser subdividido em duas fases do ponto de vista da conjuntura política. A primeira é representada pelo fim do Estado Novo e a redemocratização do país. É o período do desenvolvimentismo, que levou a um acelerado processo de urbanização e industrialização. Foi marcante no governo Juscelino a visão de que a solução para os problemas sociais estava mais no desenvolvimento do que nas políticas sociais. O esgotamento do modelo populista

de relação entre o Estado e os trabalhadores vai-se acentuando, em função da contradição entre um projeto nacional desenvolvimentista em associação com o capital estrangeiro e a possibilidade de incorporar as demandas dos trabalhadores.

Uma segunda fase é inaugurada com o golpe de 64, que estabelece uma ruptura com os governos democráticos anteriores. O regime instalado tem como características o autoritarismo, com o fechamento dos canais de participação aos trabalhadores, e um discurso de racionalidade técnica e administrativa, que repercutiu nas ações de Previdência e saúde.

As ações de Previdência são agora caracterizadas pelo crescimento dos gastos, elevação de despesas, diminuição de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários. Isto levou a um processo de repartição simples, e não mais à capitalização, como no período anterior. Tais mudanças podem ser explicadas como resultado de uma tendência natural (maior número de pessoas recebendo benefícios, uma vez que esta é a época de recebimento de benefícios dos segurados incorporados no início do sistema); e também em decorrência de mudanças de posições da Previdência Social (desmontagem das medidas de contenção de gastos dos anos 30-45; crescimento dos gastos com assistência médica, que sobem de 2,3% em 45 para 14,9% em 66; crescimento dos gastos com benefícios em função do aumento dos beneficiários e de mudanças nos critérios de concessão de benefícios e no valor médio destes).

A legislação pós-45 é marcada pela progressiva desmontagem das medidas de cunho contencionista do período anterior. Na Constituição de 46, a assistência sanitária é incorporada à Previdência Social, e em 1953 é promulgado o “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensão”, que formaliza a responsabilidade dos mesmos com a assistência médica. A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), promulgada em 1960, uniformiza direitos dos segurados de diferentes institutos, o que agrava as dificuldades financeiras crescentes da Previdência no período. Esta lei pode ser considerada um marco da derrota do modelo contencionista anterior, estendendo ao conjunto dos segurados um plano extremamente amplo de benefícios e serviços. Além da assistência médica e dos benefícios pecuniários, a legislação se refere a habitação, empréstimos e alimentação.

A uniformização dos benefícios alcançados com a LOPS, assim como a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais, por meio do Estatuto do Trabalhador Rural, aprovado no governo João Goulart, não são acompanhadas de novas bases financeiras concretas para sua efetivação. Para fazer frente aos novos gastos, a contribuição dos segurados é progressivamente elevada. Quanto à contribuição do Estado, a LOPS rompe com o conceito de contribuição tripartite. Cabem à União, a partir de então, apenas os gastos com administração e pessoal.

Nessa mesma época, o Brasil passa a ser influenciado pelas idéias de seguridade social que são amplamente discutidas no cenário internacional após a Segunda Guerra mundial, em contraposição ao conceito de seguro da época anterior. Ao mesmo tempo, vive-se um intenso processo de construção e compra de hospitais, ambulatórios e equipamentos, por parte dos institutos, e de celebração de convênios para prestação de assistência médico-hospitalar aos segurados.

Com o golpe de 1964 e o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre a fusão dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este fato, ocorrido em 1966, marca também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema. A unificação enfrentava resistências dos grupos privilegiados pelo antigo sistema corporativo. O governo, no entanto, alegava que a centralização de recursos poderia ser a alternativa para viabilizar o cumprimento do direito de assistência à saúde.

Em relação à assistência médica, houve um crescimento dos serviços médicos próprios da Previdência e dos gastos com assistência médica em geral, mas persistia uma demanda elevada, agravada pelo fato de este direito ter sido estendido a todos os segurados. Os serviços próprios continuavam a conviver com o setor privado conversado e contratado, também em expansão.

O sanitarismo desenvolvimentista, característico do período, teve sua contribuição mais voltada para as discussões conceituais relacionadas à saúde. Os sanitaristas da época estabeleceram relação entre saúde e economia e definiram a saúde de um povo como o corolário de seu desenvolvimento econômico. Podem ser apontados dois marcos desta época: o primeiro foi a criação da Comissão de Planejamento e Controle das Atividades Médico-Sanitárias, com a função de elaborar o plano plurianual, integrando as atividades de saúde ao Plano Nacional de Desenvolvimento; o segundo foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde, que, além de discutir as propostas elaboradas por aquela comissão, sistematizou as propostas de descentralização e municipalização da saúde.

Quanto à organização de serviços, o fato mais marcante foi a criação, em 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com a finalidade de organizar e executar os serviços de investigação e combate às principais patologias evitáveis deste período, dentre elas a malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose e outras endemias existentes no país.

### Quadro 3 – O período 45-66: crise do regime de capitalização e nascimento do sanitário desenvolvimentista

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição de 1946;</li> <li>- LOPS (1960);</li> <li>- Estatuto do Trab. Rural;</li> <li>- Golpe de 1964;</li> <li>- INPS (1966).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crescimento de gastos e esgotamento de reservas;</li> <li>- Incorporação da assistência sanitária à Previdência;</li> <li>- Uniformização dos direitos dos segurados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crescimento dos serviços próprios da Previdência;</li> <li>- Aumento de gastos com a assistência médica;</li> <li>- Convivência com os serviços privados, em expansão no período.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanitarismo desenvolvimentista;</li> <li>- Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERU (1956).</li> </ul>

### O Período 1966-73: acirramento da crise e privatização da assistência médica

Foi um período marcado pelo crescente papel do Estado como regulador da sociedade e pelo alijamento dos trabalhadores do processo político, ao lado de uma política de arrocho salarial decorrente do modelo de acumulação adotado.

A criação do INPS insere-se na perspectiva modernizadora da máquina estatal, aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade e representa uma tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas em períodos populistas anteriores. O rompimento com a política populista não significou alteração em relação à política assistencialista anterior; ao contrário, o Estado amplia a cobertura da Previdência aos trabalhadores domésticos e trabalhadores rurais, além de absorver as pressões por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela LOPS. Excetuando os trabalhadores do mercado informal, todos os demais eram cobertos pela Previdência Social. Em relação à assistência médica, observa-se um movimento ainda mais expressivo de ampliação de cobertura.

Os gastos com assistência médica, que continuam a crescer neste período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 76. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, que chega a representar menos de 1,0% dos recursos da União.

Acontece uma progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias, até sua extinção em 70. Ao mesmo tempo, a “contribuição do Estado” se restringia aos custos com a estrutura administrativa. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de

medicamentos e equipamentos médicos. Ao mesmo tempo, e em nome da racionalidade administrativa, o INPS dá prioridade à contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios, decisão que acompanha a postura do governo federal como um todo. De 1969 a 1975, a porcentagem de serviços comprados de terceiros representou cerca de 90% da despesa do INPS.

A modalidade de compra de serviços adotada possibilitou o superfaturamento por parte dos serviços contratados, com prejuízo do atendimento médico prestado e colocando em risco o sistema financeiro da instituição. Para aumentar o faturamento, estes serviços utilizavam os expedientes de multiplicação e desdobramento de atos médicos, preferência por internações mais caras, ênfase em serviços cirúrgicos, além da baixa qualidade do pessoal técnico e dos equipamentos utilizados.

A expansão do complexo previdenciário criou uma nova modalidade de atendimento, a medicina de grupo, estruturada a partir de convênios entre o INPS e empresas, ficando estas com a responsabilidade pela atenção médica de seus empregados. O convênio-empresa foi a forma de articulação entre o Estado e o empresariado que viabilizou o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria a se tornar hegemônico na década de 80, o da atenção médica supletiva.

Apesar das atribuições definidas pelo Decreto-Lei 200/67 para o Ministério da Saúde, com subordinação da assistência médica previdenciária à política nacional de saúde, a prática mostrava um ministério esvaziado em suas competências. São incorporadas a ele a Fundação SESP e a Fundação das Pioneiras Sociais, dando início à autarquização do ministério, que acompanhava processo similar da administração federal.

Por parte da saúde coletiva, as ações estão dispersas num conjunto de ministérios: Agricultura, Transportes, Trabalho, Interior, Educação etc., e internamente ao Ministério da Saúde, num conjunto de órgãos da administração direta e indireta.



#### Quadro 4 – O período 1966-73: acirramento da crise e privatização da assistência médica

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- AI-5; - Emenda Constitucional nº 1.	- Modernização autoritária; - Ampliação de cobertura previdenciária; - Ampliação do complexo previdenciário.	- Aumento dos gastos com saúde no âmbito da previdência; - Extensão de cobertura; - Modelo de compra de serviços; - Convênios com medicina de grupo; - Autarquia do MS.	- Dispersa em vários ministérios e em órgãos da administração direta e indireta.

#### O Período 74-79: crise, reforma e consolidação da rede privada em saúde

As alterações na conjuntura política, dos pontos de vista interno e externo, forçaram o Estado a fortalecer a opção pela Seguridade Social como forma de buscar legitimidade, o que leva à intensificação do modelo por meio do aumento crescente de cobertura e ampliação de benefícios.

Em 1974, são criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação do ministério significou o fortalecimento das ações de Previdência no interior do aparelho estatal. A criação do FAS proporcionou a remodelação e a ampliação dos hospitais da rede privada, por meio de empréstimos com juros subsidiados. A existência de recursos para investimento e a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados levaram a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados no período 69-84, de tal forma que subiram de 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento, elaborado no mesmo período, consagra a separação de ações de saúde coletiva e atenção médica, e reserva os primeiros ao setor estatal, e os segundos, via Previdência Social, ao setor privado. O plano institucionaliza o modelo médico assistencial privatista e define competências para as instituições públicas e privadas. Ocorre uma autonomização da política de assistência médica previdenciária, em função da revogação de parte do Decreto-Lei 200, que estabelecia a necessidade de sua obediência à política nacional de saúde.

A falta de controle sobre os serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse, em 1974, níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro da Previdência. São definidos, então, mecanismos de enfrentamento da crise, com o

objetivo de controlar as distorções do modelo vigente, criando condições que possibilitassem a continuidade da expansão, sem alterar substancialmente o modelo. São definidos mecanismos de controle do setor contratado, por intermédio da criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), da ampliação dos convênios (convênios com sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais, dentre outros) e da normatização e criação de mecanismos institucionais de relação público-privado e entre esferas de governo. Dentre estes, merecem destaque o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). O PPA tinha como objetivo desburocratizar o atendimento dos casos de emergência, o que levou à universalização do atendimento desses casos. Foram estabelecidas formas de relacionamento por meio de contratos, com pagamento de serviços prestados e convênios, com repasse de subsídios fixos. O PPA tem importância em virtude do início da universalização do atendimento com recursos previdenciários e por remunerar instituições estatais.

A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência. Foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS), além de se integrarem os órgãos existentes. A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência à universalização e à adoção do modelo de Seguridade Social.

Neste período, estão definidas as bases que permitiram a hegemonia, na década de 70, do modelo assistencial privatista. De acordo com Mendes (1993), este modelo se assenta no seguinte tripé: a) o Estado como financiador do sistema, por meio da Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos.

Em relação às ações de saúde coletiva, percebe-se uma coincidência entre as propostas internacionais de cuidados primários em saúde, decorrentes da Conferência de Alma-Ata, da qual o Brasil é um dos signatários, e a necessidade interna de desenvolver e expandir cobertura para contingentes populacionais excluídos pelo modelo previdenciário.

Tendo como referência as experiências em vigor, as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Concebido na Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS se configura

como o primeiro programa de medicina simplificada do nível federal e irá permitir a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de Estado. O programa concentra suas ações nas Secretarias Estaduais de Saúde, que adotam modelos desconcentrados. Em 1979, é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

Esta época pode ser definida como o início do movimento contra-hegemônico que, nos anos 80, viria a se conformar como o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Em todo o país, surgem movimentos de trabalhadores de saúde. São criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que participam do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde em vigor. Acontecem também os primeiros encontros de secretários municipais de saúde, alimentando um incipiente, mas crescente, movimento municipalista em saúde.

#### **Quadro 5 – O período 74-79: crise, reforma e consolidação da rede privada em saúde**

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- II PND; - MPAS; - FAS.	- SINPAS; - Disciplina concessão de benefícios, prestação de serviços e administração da previdência.	- Remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada; - Criação do INAMPS; - Separação das ações de saúde pública e assistência.	- Cuidados primários em saúde (Alma-Ata); - PIASS; - CEBES; - ABRASCO.

#### **A Década de 80: eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras**

O Brasil vivia um quadro político e econômico marcado por dificuldades no panorama nacional e internacional, caracterizado por um processo inflacionário e uma crise fiscal sem controle, ao lado do crescimento dos movimentos oposicionistas e de divisões internas nas forças que apoiavam o regime. A derrota do governo nas eleições de 1982, agregada ao crescimento do processo recessivo, “quebrou a coesão interna do regime, determinando um redesenho de seus pactos”. Têm início neste momento os movimentos em direção ao processo de redemocratização do país. Teixeira & Oliveira (1976) definem os anos 80-83 como o período de eclosão de três crises: ideológica, financeira e político-institucional.

A crise ideológica se caracteriza pela necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde. As experiências antes relatadas e a repercussão interna da Conferência de Alma-Ata – cujos países participantes reconhecem a atenção primária

e a participação comunitária como estratégias para a conquista da meta “Saúde para todos no ano 2000” – inspiram a formulação do PREV-SAÚDE. Este projeto incorpora os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura. A discussão do projeto faz eclodir uma divisão profunda entre a equipe responsável pelo mesmo e alguns setores interessados na questão saúde, principalmente a Federação Brasileira de Hospitais. Isto origina versões diferentes do PREV-SAÚDE e faz com que ele seja caracterizado como “natimorto”, não chegando a ser implementado.

A crise financeira é decorrente do déficit crescente desde 1980. Em contradição com um sistema em franca expansão, a base de financiamento continuava sem qualquer alteração. Havia um desacordo entre a crescente absorção de faixas cada vez mais extensas da população cobertas pela proteção social e a manutenção de um regime financeiro calcado na relação contratual.

Ao lado da restrição das fontes de financiamento, com ausência do Estado no financiamento da Previdência e da expansão de cobertura, o modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços de saúde implantado é corruptor, incontrolável e sofisticado, o que o torna extremamente oneroso. Isto levou a propostas de contenção de despesas, especialmente da assistência médica.

A crise político-institucional é marcada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, com o objetivo de

operar sobre a organização e o aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social.

O CONASP era composto por representantes de diferentes ministérios, por representantes da sociedade civil e de parte dos prestadores de serviços de saúde contratados/conveniados. As propostas, de inspiração racionalizadora, visando cortar custos, têm sua maior expressão no documento “Reorganização da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social”, formulado em 1982. O documento recupera propostas antes apresentadas pelo PREV-SAÚDE no sentido da hierarquização, regionalização, descentralização e integração de serviços, dentre outras. Propõe mudanças na sistemática de pagamentos, introduz novos mecanismos de auditoria técnica e propõe a plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais.

Ao lado das propostas racionalizadoras do CONASP, cresciam os movimentos reformadores da saúde e o movimento oposicionista no país. Em 1982, são eleitos vários prefeitos comprometidos com as propostas de descentralização, o que levou a bem-sucedidas experiências municipais de atenção à saúde.

A proposta do CONASP foi consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde (AIS), que podem ser divididas em dois momentos: um anterior e outro posterior à Nova República. Mais do que um programa dentro do INAMPS e das Secretarias de Saúde, as AISs passaram da estratégia setorial para a reforma da política de saúde. Em 1984, eram destinados às AISs 4% do orçamento do INAMPS, passando para 12% em 1986. Ao lado do aumento de recursos destinados ao setor público, merecem destaque a universalização no uso de recursos previdenciários e a incorporação de novos atores na disputa pelos mesmos. Em 1988, as AISs abrangiam todos os estados e 2.500 dos pouco mais de 4.000 municípios então existentes.

No governo da Nova República, a proposta das AISs é fortalecida, e este fortalecimento passa pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com a participação de usuários dos serviços de saúde.

Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, definida como

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

Este documento serviu de base para as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após.

Em paralelo ao processo de elaboração das propostas de mudança no setor de saúde, deu-se a conformação de outro modelo, o chamado modelo neoliberal.

Durante o processo de elaboração da Constituição Federal, outra iniciativa de reformulação do sistema foi implementada, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Idealizado como estratégia de transição em

direção ao SUS, propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios. O SUDS pode ser percebido como uma estadualização de serviços. Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo, a estadualização, em alguns casos, levou à retração de recursos estaduais para a saúde e à apropriação de recursos federais para outras ações, além de possibilitar a negociação clientelista com os municípios.

Como resultante dos embates e das diferentes propostas em relação ao setor de saúde presentes na Assembléia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

#### **Quadro 6 – A década de 80: eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras**

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redemocratização;</li> <li>- Nova República;</li> <li>- Constituição de 1988;</li> <li>- Lei Orgânica da Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prev-Saúde;</li> <li>- Conasp;</li> <li>- Seguridade Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crescimento da medicina supletiva;</li> <li>- Universalização;</li> <li>- AIS;</li> <li>- VII CNS;</li> <li>- SUDS;</li> <li>- SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação do SUS;</li> <li>- Formalização do conceito de saúde.</li> </ul>

### **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: princípios doutrinários e organizativos**

A primeira e maior novidade do SUS é seu conceito de saúde. Este “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e políticos, como visto anteriormente, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritivos da noção vigente. Encarar saúde apenas como ausência de doenças nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar esta situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar

medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida.

Este conceito ampliado, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora:

- meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.);
- meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos etc.);
- garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ou seja, para se ter saúde, é preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. A saúde se expressa como um retrato das condições de vida. Entretanto, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, mas com todo este conjunto de determinantes.

A saúde precisa, desta forma, incorporar novas dimensões e se torna responsável por conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve-se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária etc. O SUS, ao abraçar este conceito, pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania.

Antes de abordar a doutrina e os princípios organizativos do SUS, é importante frisar dois aspectos.

Em primeiro lugar, o SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, ou seja, é atribuída ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo. De acordo com Goulart (1991),

as competências decorrentes da relevância pública envolvem, certamente, o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços.

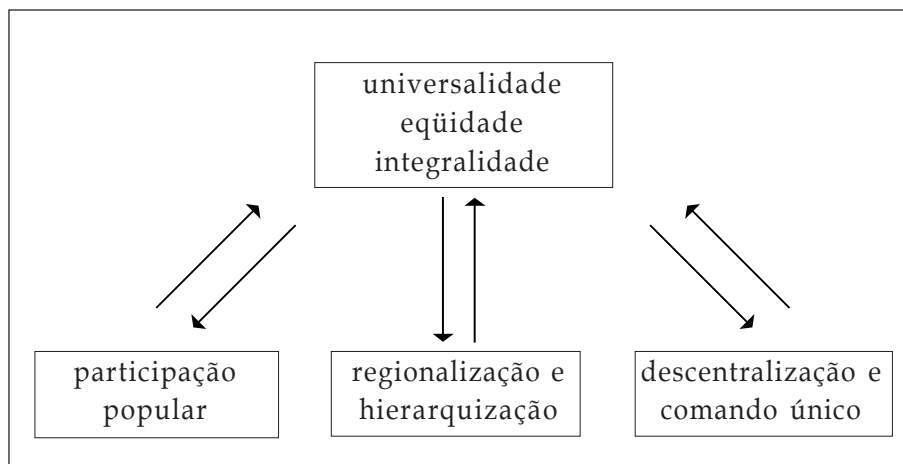
Para ele, este poder pode ser traduzido como autoridade e responsabilidade sanitárias. Em segundo lugar, a saúde faz parte de um sistema mais amplo, o Sistema da Seguridade Social. De acordo com o artigo 194 da Constituição, a

Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o SUS traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a idéia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidores dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. Mas é preciso compreender bem esta idéia de unicidade. Num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta estas diferenças seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema.

O SUS pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.





## Princípios Doutrinários

### Universalização

Historicamente, quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS, isto mudou: a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio.

### Eqüidade

O objetivo da eqüidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a eqüidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Eqüidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A eqüidade é um princípio de justiça social.

### Integralidade

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

## Princípios Organizativos

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a idéia de seguridade social e relevância pública, existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

## Regionalização e Hierarquização

A regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. Como se trata aqui de “princípios”, de indicativos, este conhecimento é muito mais uma perspectiva de atuação do que uma delimitação rígida de regiões, clientelas e serviços.

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização, além de proceder à divisão de níveis de atenção, deve garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis em dada região. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações ao nível básico do serviço (contra-referência). Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

## Descentralização e Comando Único

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

A decisão deve ser de quem executa, que deve ser o que está mais perto do problema. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da Saúde, nos estados pelos secretários estaduais de Saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de Saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde.

## Participação Popular

O SUS foi fruto de um amplo debate democrático. Mas a participação da sociedade não se esgotou nas discussões que deram origem ao SUS. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde, que devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários, e a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo, em que serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento.

As Conferências de Saúde são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Devem ser realizadas em todos os níveis de governo.

Um último aspecto que merece destaque é o da complementaridade do setor privado. Este princípio se traduz nas condições sob as quais o setor privado deve ser contratado, caso o setor público se mostre incapaz de atender a demanda programada. Em primeiro lugar, entre os serviços privados devem ter prioridade os não-lucrativos ou filantrópicos. Para a celebração dos contratos, deverão ser seguidas as regras do direito público. Em suma, trata-se de fazer valer, na contratação destes serviços, a lógica do público e as diretrizes do SUS. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Para a contratação de serviços, os gestores deverão proceder a licitação, de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93.

A criação do SUS, pela Constituição Federal, foi depois regulamentada através das Leis nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e nº 8.142/90. Estas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde; estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular; formalizam o entendimento da saúde como área de “relevância pública” e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público, dentre outros vários princípios fundamentais do SUS. Outros instrumentos têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do Sistema, dentre eles as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, sob a forma de portaria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização das diretrizes aqui apresentadas tem sido uma tarefa cotidiana de vários dos municípios brasileiros. Esta não tem sido uma tarefa simples e enfrenta obstáculos de toda ordem: dificuldades de financiamento, disputa de grupos com interesses divergentes, insuficiência de capacidade gerencial, excessiva burocracia nas formas de administrar a coisa pública, experiência ainda recente com os processos de descentralização e democratização, insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulação da rede privada, formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema e uma lista interminável de outros problemas. Apesar disso, várias experiências bem-sucedidas têm sido implementadas. O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da saúde no Brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta por sua construção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990
- BRASIL. Lei nº 8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. Brasília: IEC, 1994.
- GOULART, F. A. A. *Distritalização e Responsabilidade Sanitária*. Brasília, 1991.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
- TEIXEIRA, S. M. F. & OLIVEIRA, J. A. A. *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1976.