

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. SITUAÇÃO  
ATUAL E PERSPECTIVAS FUTURAS

JOÃO YUNES (1)<sup>2</sup>

OSWALDO CAMPOS (2)<sup>1</sup>

INTRODUÇÃO

O termo sistema designa um conjunto de elementos interrelacionados, que conformam uma entidade, que persegue algum objetivo identificável ou tem uma finalidade. Implícito ao conceito de sistema está a idéia de ordenamento, isto é, ele é a antítese do caos. Seus elementos constituintes dispõem-se de tal maneira a configurar uma estrutura através da qual flui a sua dinâmica, para realização de seus objetivos. Todos os sistemas tem uma finalidade, pelo conhecimento da qual pode-se analisar certos sistemas sociais e organizações. Eles sofrem alterações e transformações no tempo, tanto internamente quanto nas suas relações com o meio exterior, onde são tão insensíveis. A <sup>com as</sup> <sup>idos</sup> <sup>des</sup> raiz das transformações designa-se processo do sistema. Alguns sistemas possuem um componente que desempenha papel principal, ou seja, são centralizados. No interior de um sistema existem elementos funcionalmente interrelacionados, que podem ser definidos como sub-sistemas e que seguem as leis gerais dos sistemas a que pretendem. Diz-se que um sistema é efetivo quando ele produz o que deles se espera, ou seja, quando ele cumpre suas finalidades. (Campos).

O sistema de saúde é constituído pelo conjunto interrelacionado de instituições que têm como finalidade prestar serviços de saúde e como objetivo atingir o melhor estado de saúde física, mental

(1) ~~Secretário de Estado da Saúde, São Paulo.~~ Professor de Epidemiologia Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

(2) Médico-sanitarista. Doutor em Saúde Pública.



INSTITUTO  
BUTANTAN  
A serviço da vida.

e social da população. É certo que nas sociedades modernas tem si do identificados outros objetivos, tão ou mais relevantes que o mencionado, tais como o de controle social ou o de consumidor de bens e serviços produzidos por outros sistemas sociais. Todavia, por convenção e para fins da presente análise, adotamos o objetivo <sup>anteriormente</sup> acima enunciado. Neste sentido são relacionadas como integrantes do sistema de saúde as instituições públicas e privadas que relacionam entre suas metas a promoção, proteção e recuperação da saúde, ademais das produtoras de "insumos" para o setor saúde. Mencione-se que para nossos propósitos os termos sistema e setor são sinônimos, embora, rigorosamente, o segundo evoque uma concepção muito mais estática e descritiva. Considere-se ainda, que as ações que influem no estado de saúde de uma população são responsabilidade de de outros sistemas sociais e não apenas do de saúde.

Convém deixar claro que o sistema de saúde é uma abstração, uma construção intelectual, um modelo teórico. Assim, ele não é encontrado, em sua forma pura, empiricamente. No mundo real o que se verifica são sistemas em graus variáveis de organização.

Sistematicamente, pode-se conceber um sistema de saúde como constituído por uma "entrada (input)", formada pela população alvo dos serviços de saúde, materiais e informação, por um processador "(throughput)" que são as instituições que atuam sobre os indivíduos individual ou coletivamente e por uma saída (output) que é o produto final do processo, ou seja, pessoa, além de informações e resíduos do processo. As pessoa saídas e as informações, pelo mecanismo de alça cibernética, realimentam o sistema, proporcionando elementos para sua correção.

Outra maneira de visualizar o sistema de saúde é decompô-lo em grandes blocos inter-relacionados, o sistema de saúde em si, os sub-sistemas que o alimentam e o conjunto das limitações impostas ao seu funcionamento.

As instituições que o compõe, anteriormente mencionadas, constituem o sistema de saúde. Os sub-sistemas alimentadores são formados pelas indústrias que produzem recursos materiais e pelas organizações que formam recursos humanos. As limitações ou condicionantes são representados pela parcela do produto nacional que a sociedade está disposta a investir em saúde, pela opinião que ela tem sobre o funcionamento do sistema e pelo "estado da arte" na área

em questão.

Dinamicamente o sistema de saúde pode ser visto como um conjunto de fluxos de pacientes, de "insumos", de recursos financeiros e informações.

O fluxo de pacientes é representado pela população que pode estar sadia, necessitar de serviços de saúde, demandar tais serviços, estar em tratamento ou estar recebendo alta de tais serviços (por cura, melhora, estado inalterado, piora ou óbito).

Ao atingir o último estágio, a população volta à situação atual, a não ser nos casos de morte. Em resumo, o indivíduo entra no sistema ao nascer e sai ao morrer.

Com referência ao fluxo de recursos de material e humanos eles são fornecidos por outros sistemas societários e são de importância fundamental para o funcionamento das instituições de saúde.

O fluxo de recursos financeiros é decidido, em última instância, pelo meta-sistema e depende das condições já discutidas.

O fluxo de informações é, de certa forma, imperceptível, ainda que desempenhe funções fundamentais para o funcionamento do sistema, que são, até certo ponto, ingrediente crítico para o processo de tomada de decisões. Por isso, em geral, são privilegiadas, organizando-se sistemas de informações que facultem aos dirigentes tomar decisões com maior probabilidade de acerto.

As instituições de saúde, enquanto sistemas, transformam-se ao longo do tempo, em função das alterações do ambiente em que estão inseridas. Exemplos de tais ajustes são, por exemplo, a adoção da prática do aborto, em alguns países, a prescrição de tratamentos agressivos do tipo de convulsoterapia, da lobotomia pré-frontal ou da quimioterapia em desviantes sociais, bem como o prolongamento artificial da vida de pacientes terminais.

O sistema de saúde está inserido em sistemas maiores dos quais ele é subsistema. Podem ser identificados pelo menos dois sistemas maiores, o meta-sistema, ou seja, a organização social e o sistema, ou ambiente físico. O sistema de saúde funciona, em relação a tais sistemas, em um estado de equilíbrio dinâmico, procurando ajustar seu desempenho aos ditames do sistema maior e, ao mesmo tempo, influenciando em seu comportamento.

O sistema de saúde pode ser facilmente decomposto em vários sub-sistemas. Em países de economia de mercado, como o Brasil, facilmente se reconhece um setor privado, formado por empresários que vendem serviços de saúde em um mercado de características peculiares, um setor público formado por instituições pertencentes à administração direta e indireta dos governos federal, estaduais e municipais, bem como o setor previdenciário, constituído pelas agências de saúde integrantes da seguridade social. Em geral, um dos setores predomina sobre os demais e em um mesmo setor existem instituições que assumem posição hegemônica e, assim, influem no funcionamento das outras. Esta hegemonia pode decorrer de preceito legal, como é o caso do Ministério da Saúde, no Brasil, a quem cabe, legalmente, a responsabilidade de formular a política nacional de saúde, ou de situação fatural, como acontece no próprio Brasil, em que, em 1975, por exemplo, a dotação global, consignada no Orçamento Geral da Nação, para programas de saúde, para o Ministério da Previdência e Assistência Social, era 16 vezes maior que a destinada ao Ministério da Saúde.

I. EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A constituição do sistema de saúde no Brasil é contemporânea à colonização. Junto com os primeiros colonos chegaram ainda no século XVI, os profissionais de saúde, sangradores, parteiras, dentistas, aplicadores de bichas e ventosas, algebristas (que locavam ossos deslocados), boticários, droguitas, curandeiros e cirurgiões que, no seu desenvolvimento quantitativo e qualitativo, vieram a constituir uma oferta de serviços médicos aos indivíduos e às famílias na tradição da prática médica liberal, de produtor isolado em seu consultório, que após seu auge, na primeira metade do século atual, evoluiu para outras formas de atenção médica, no qual o médico perdeu sua autonomia tradicionalmente representada pelo controle individual sobre os principais elementos da sua produção, a clientela, os instrumentos de trabalho e o preço do trabalho. Tal evolução foi estudada por Donangelo que analisou o comportamento de uma amostra casual simples de 905 médicos, em exercício na Região Metropolitana de São Paulo,

mas  
esta  
na  
referên-  
cia h.  
em  
filosofia



composta por especialistas clínicos (435 ou 48,1% dos casos), especialistas cirúrgicos (357 ou 39,5% dos casos) e especialistas em especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica (51 ou 5,6% dos casos) e outras especialidades (62 ou 6,8% dos casos).

Os resultados da investigação mostraram que nas especialidades clínicas 54,7% dos médicos estudados apresentavam exclusividade ou predomínio do trabalho isolado, nas especialidades cirúrgicas este percentual se reduziu a 16,8%, nas complementares chegou a 31,4% e nas outras foi de 11,3%. No total, apenas cerca de 1/3 dos médicos estudados (35,5%) apresentavam exclusividade ou predomínio de trabalho isolado.

Data também do século XVI a criação dos primeiros hospitais de finalidade não lucrativa, integrantes às Irmandades das Santas Casas de Misericórdia, instituições trazidas de Portugal que se encarregavam, entre outras atividades, da prestação de serviços hospitalares, a primeira das quais foi fundada em Olinda, Pernambuco, em 1540, a segunda em Santos, por Brás Cubas, em 1543, seguidas das da Bahia, em 1550 e Rio de Janeiro, em 1582. Foram eles acrescidos de outros, instituídos de outros, instituídos por corporações, grupos de estrangeiros, associações de caridade que constituem um grande conjunto de estabelecimentos de finalidade não lucrativa, que configuram um sub-sistema com características peculiares e uma alternativa de oferta de serviços hospitalares em contrapartida aos lucrativos, cujo número e importância na assistência médica aumentaram a partir do desenvolvimento da previdência social, principalmente após 1960, quando passou ela a adotar um modelo de estatização privatizante, aumentando o volume e as modalidades de compra de serviços hospitalares e de pronto atendimento junto à rede de hospitais privados, o que foi também responsável pelo aumento da oferta de hospitais e leitos hospitalares, que passaram de 4.474 hospitais, com 404.275 leitos em 1971 para 6.199 hospitais e 534.055 leitos em 1983, ou seja, um aumento respectivamente de 38 e 32%. O que mostra, para este último ano, um coeficiente de 4,12 leitos por 1.000 habitantes, que seria aceitável não fossem as enormes disparidades regionais, exemplificadas pelos coe



ficientes de 6,33 para o Estado do Rio de Janeiro, 5,05 para o Estado de São Paulo, 2,97 para o Distrito Federal, 1,62 para o Maranhão e 1,02 para o Piauí.

Com relação aos hospitais Governamentais, o primeiro de les foi construído após a posse de D. Antonio da Cunha, Conde da Cunha, como Vice-Rei do Brasil, em 1763, que fundou o hospital militar do Rio de Janeiro. No seu conjunto os hospitais e leitos hospitalares brasileiros, em 1983, acima enumerados representaram uma longa evolução, a partir dos fatos já enunciados. Dos 534.055 leitos existentes, em 1983, destinavam-se a clínica médica 114.363 (21,4%), a psiquiatria 106.605 (20,0%), a pediatria 76.217 (14,3%), a gineco-obstetrícia . . 61.987 (11,6%), a cirurgia 60.743 (11,4%), a dermatologia sanitária 10.655 (2,0%), a tísio-pneumologia 7.368 (1,4%), a oncologia 4.326 (0,8%), a outros 27.404 (5,1%) e a indiferença dos 64.308 (12,0%). Embora os dados sejam muito agregados impedindo uma análise mais detalhada, pode se observar a elevação da quantidade de leitos para psiquiatria decorrente de dois fenômenos facilmente constatados. Um deles é a existência de grande número de leitos para crônicos, decorrente de uma visão asilar do doente mental e o outro é a elevada disponibilidade de leitos privados, para curta permanência, reservado a internação de agudizações de problemas descuidados no nível ambulatorial. Outra é a baixa disponibilidade de leitos para oncologia, causa importante de mortalidade no país atualmente. Saliente-se ainda a existência de número considerável de leitos para tísio-pneumologia e dermatologia sanitária, 11.694 no total, a despeito de uma política explícita de tratamento ambulatorial para hanseníase e tuberculose, com atendimento hospitalar das intercorrências clínicas ou de eventuais complicações.

Os chamados serviços oficiais de saúde pública, hoje representados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tiveram seu modelo inicial calcado na organização sanitária de Portugal, para cá transplantada à época da chegada da família real, em 1808. Em consequência das graves epidemias que atingiam o país e que, em geral, eram trazidas por viajantes ou tripulantes de navios que tocavam os portos, foi o Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos, em

em 1843, colocado sob a jurisdição privativa do Ministério do Império, fato este que se considera o marco inicial do Ministério da Saúde que, como órgão federal exclusivo, somente foi criado em 1953.

Desde a independência, até os dias de hoje, a responsabilidade pela chamada saúde pública e pelo atendimento de parcela considerável da nossa população, tanto do ponto de vista promocional, quanto preventivo e curativo foi responsabilizada ora do governo federal, ora estadual e ora municipal, com tendência crescente à centralização administrativa e técnica quer a nível dos estados mais prósperos, quer a nível da federação. A tendência expansiva pode ser resumida na existência, em 1983, de 16.749 estabelecimentos públicos, dos quais eram Postos de Saúde 7.777, Centros de Saúde 3.679, Policlínicas - ou Portos de Assistência Médica 3.710, Prontos-Socorros 136, Unidades Mistas 405 e Hospitais 1.042.

A assistência médico-farmacêutica, sob responsabilidade da Previdência Social, teve seu início convencional fixado em 24 de janeiro de 1923, pelo decreto nº 4.682, conhecido como lei Eloy Chaves que criava em cada uma das empresas de estrada de ferro existentes no País, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para seus respectivos empregados, que tinha entre seus objetivos prestar assistência médica e fornecer medicamentos a preços especiais. A partir de 1930 a Previdência Social ampliou-se e mudou de qualidade, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, por grandes categorias profissionais, com uma visão mais previdenciária e atuária que assistencial. Os institutos em questão tiveram sua atuação sistematizada e seus benefícios unificados com a Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960 e sua unificação em 1966/67. A cobertura populacional foi ampliada com a extensão da legislação aos trabalhadores rurais, pela criação do FUNRURAL em 1963 e pela instituição do Ministério da Previdência e Assistência Social em 1973 e sua reorganização em 1978, com a implantação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social pelo qual o INPS tinha responsabilidade na área da previdência social, era criado um Instituto de Administração da Previdência Social, IAPAS e era estabelecido um órgão com funções de atendimento médico, o Instituto Nacional de Assisten

cia Médica da Previdência Social - INAMPS. Para destacar a importância que a previdência social assumiu entre nós, basta mencionar que no ano de 1984 foram realizados, por meio do INAMPS, 12.669.349 hospitalizações, das quais 7.381.849 em clínica médica, 1.964.359 em clínica cirúrgica, 2.938.301 em clínica obstétrica, 362.924 em psiquiatria e 21.916 em fisiologia. No mesmo ano foram realizadas, pelo INAMPS 235.658.680 consultas médicas, ou seja, 1,78 consultas/ano por habitante, incluídas as de urgência e emergência. A estas acrescentam-se 40.648.575 consultas odontológicas.

Todo esse conjunto de instituições, acima mencionado rapidamente, constitui aquilo que convencionalmente se chama Setor Organizado de Saúde ou Sistema Formal de Saúde. Pela sua breve descrição é fácil perceber que, na verdade, são vários sub-sistemas interrelacionados, não apenas pelo objetivo comum, a eles atribuído, como pela utilização compartilhada de alguns recursos humanos e materiais. Todavia, eles têm sua individualidade legal e histórica e uma tendência à crescente organização que, no limite, os leva a uma transformação qualitativa, própria dos sistemas sociais.

Todavia, essa evolução não tem sido espontânea e nem linear. Sem risco de supersimplificação pode-se dizer que a história do sistema de saúde no Brasil é, "ipso facto", de seus sub-sistemas é a história da intervenção das diferentes esferas de governo nas organizações de saúde.

Sem regredir muito no tempo, a reorganização do Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos ocorrida em 1843, como já mencionado, e a assunção, pelo Governo Imperial, do Serviço Sanitário da cidade do Rio de Janeiro, em face do aparecimento dos primeiros casos de febre amarela, apontam para o fato indicado no parágrafo anterior. Em 1885, ampla Reforma dos Serviços Sanitários do Império se fez obrigatória, dado o agravamento da situação de saúde no país, invadido, a partir dos portos e do comércio transcontinental, pela varíola, febre amarela, peste e cólera-morbo. A deterioração das condições sanitárias, decorrente também da carência de saneamento e das concepções arcaicas sobre mecanismos de transmissão das pestilências ensejou novas intervenções do poder público, agora apoiadas em recentes conhecimentos sobre bacteriologia, soro

terapia e vacinoterapia, desenvolvidos no exterior e para nós trazidos por cientistas estrangeiros, convidados para orientar campanhas de controle de epidemias, ou por brasileiros com aperfeiçoamento em instituições européias. Nasceram então os primeiros institutos para produção de soros e vacinas, na virada do século atual, germes de instituições de pesquisa e de ensino. Novos modelos de intervenção na estrutura epidemiológica tiveram sucesso e conseguiram interromper a cadeia de transmissão da peste, do cólera, da febre amarela e da malária nas regiões mais prósperas do país, fornecendo condições para aumento da acumulação do capital e para a transformação de uma economia de base agrária e rural em urbana e industrial, o que impôs novas exigências, agora não apenas no âmbito da prevenção e combate das epidemias, mas também em relação às doenças de massa, transmissíveis, carenciais ou conspícuas à exploração da força de trabalho. A resposta do Estado às reivindicações da classe operária e dos trabalhadores dos serviços de transportes está na raiz do surgimento da previdência e assistência social, na década de 20, já anteriormente esboçadas. A maior oferta de empregos urbanos, tanto no setor industrial quanto de serviços acelerou o crescimento das cidades, proporcionando maior necessidade de atendimento médico, atraindo novos profissionais e induzindo o ensaio de novas formas de organização do trabalho médico, com tecnologias de alta densidade de capital e com a transformação desse setor em novo campo de acumulação do capital.

Esses fenômenos, que se acentuam a partir da década de 30, ampliaram o campo de atendimento da previdência social e problematizaram sua concepção assistencialista inicial. A criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, as restrições ao crescimento dos gastos com assistência médica e farmacêutica e as tentativas de conferir maior organicidade ao sistema previdenciário desaguaram na Lei Orgânica da Previdência Social (1960) e na unificação dos Institutos, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (1966/67).

Os eventos até agora esboçados, principalmente a urbanização a industrialização, a ampliação da previdência social levaram à capitalização do setor, ao aumento dos profissionais de saúde, conseqüente a divisão técnica do trabalho, e a

especialização. Estes foram apoiados por maciças transferências de recursos financeiros do setor público ao privado, por via da compra de serviços ao setor privado, grandemente estimulada pela instituição do plano de Pronta Ação (P.P.A) em 1974. Ao se expandir a cobertura dos serviços previdenciários, em função da desburocratização do atendimento dos casos de emergência ocorreu, como contrapartida a perda de controle, pelo INPS, dessa modalidade de serviço; ensejando aumento expressivo dos gastos em assistência médica.

Outros instrumentos de reforço da tendência privatizante no fornecimento de serviços de saúde foram a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, em 1974, que ao em prestar dinheiro, a custos bastante reduzidos, principalmente ao setor privado permitiu a ampliação e modernização de hospitais, e a política de comprar serviços ao setor privado, por meio de credenciamento de instituições prestadoras de serviços de saúde. Para facilitar essa operação foi generalizado o uso da "unidade de serviço (U.S.) para remuneração dos prestadores de tais serviços. Para Carlos Gentile de Melo o sistema em questão era fonte incontrolável de corrupção. Corolário do credenciamento foi a criação do convênio-empresa, pelo qual estas últimas assumiram a responsabilidade da atenção médica a seus empregados, desobrigando o INPS de fazê-lo. Por esse serviço recebiam as empresas um subsídio financeiro da Previdência Social ou organizavam seus próprios serviços médicos ou passavam a comprá-los de provedores organizados das mais diferentes formas, entre elas a chamada medicina de grupo.

A ampliação da Previdência Social, a partir da década de 30 que acentou nas décadas posteriores coincidiu com um arrefecimento das ações voltadas para o ambiente e para a promoção e prevenção, o que tem sido apontado por vários Autores como consequência de predomínio, no interior dos órgãos de decisão, de clara opção por um modelo privativista baseado na medicina curativa, voltada para o indivíduo, centrada no hospital, com alta tecnologia e sofisticados recursos humanos e materiais e que se financiava pela venda de tais serviços à Previdência Social que tendia a atuar como simples repassadora de recursos. Esta opção apresentava várias limitações óbvias. A primeira é que ela se inspirava em países em estágios muito

mais avançados de desenvolvimento e altamente urbanizados on de os problemas de infra-estrutura econômica e social já esta vam resolvidos e onde o capital não era fator limitante. A se gunda era que os recursos da Previdência, para assistência mé dica eram escassos, em função de uma política de financiamen to que tendia a favorecer empresas que aplicavam alta tecnolo gia, poupadora de mão-de-obra, pois que a contribuição da em presa era função da sua folha de pagamentos e não de suas ven das. A isto se somavam o não cumprimento, por parte do gover no, de suas obrigações financeiras, a desídia na arrecadação da parcela do empregador, a multiplicação de benefícios ofere cidos e a incuria na gestão financeira, com aplicação de re cursos em projetos governamentais de dúbias finalidades. Vale lembrar que a eliminação dos representantes dos trabalhado res dos órgãos gestores da Previdência, ocorrida após 1964, impediu qualquer forma de controle para tentar evitar os des mandos acima mencionados.

A despeito da montagem de um sistema hospitalar de <sup>alta</sup> com plexidade e ~~s sofisticacão~~, ao nível de correspondentes estran geiros, em algumas regiões do país, a grande massa da popula ção continuava desassistida ou tendo à sua disposição órgãos de banco ou nenhum poder de resolutividade. Também as doenças de massa, acrescidas das afeções profissionais, acidentes de trabalho e endemias como a tuberculose e a hanseníase, conti nuavam a atingir a população, dando origem a um quadro nosoló gico em que doenças de sociedades altamente industrializadas se mesclavam àquelas devidas a falta de saneamento, prevenção e assistência médica.

A tentativa de superar tais problemas deu origem a vá rias intervenções do Estado. Na área da chamada saúde pública tradicional, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde a quem cabia, de acordo com o decreto-lei nº 200, de fevereiro de 1968, a competência para formular a Política Nacional de Saúde procurou-se recuperar esta função legal, por meio de es forços de reorganização dos serviços de saúde, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (lei nº 6229, de 17.07.1975), que era definido como o "complexo de serviços do setor públi co e do setor privado, voltado para ações de interesse da saú de". Tais serviços deveriam visar a promoção, proteção e recu peração da saúde. O objetivo da criação do S.N.S. era organi



zar todas as atividades voltadas precipitadamente para a saúde, integrando-as num conjunto harmônico, para o que se deveria definir de modo claro e preciso as competências específicas de cada Ministério com responsabilidades no campo da saúde, conciliar as atividades dos diferentes componentes, ratificar o Conselho de Desenvolvimento Social (C.D.S.) como órgão coordenador do sistema, dar ênfase à elaboração de programas regionais integrados e instituir medidas destinadas a preencher lacunas na rede de recursos médicos bem como definir as competências ministeriais e de outros órgãos que o compunham que eram: Conselho de Desenvolvimento Social, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Interior, Ministério do Trabalho, Estados, Territórios e Distrito Federal, Municípios e Setor Privado. O S.N.S. assumia, de forma explícita, a dicotomia entre medidas e atendimento de caráter coletivo sob responsabilidade do Ministério da Saúde e atuação voltada para o atendimento médico-assistencial individualizado, ligada ao Ministério da Educação e Cultura, reforçava o papel dos estados na prestação de serviços, definia a atuação do município e assegurava liberdade de ação ao setor privado.

Em função da criação do S.N.S. o Ministério da Saúde procurou reforçar sua atuação estabelecendo o Plano Nacional de Imunizações (P.N.I.), o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e as tentativas de reorganização das vigilâncias sanitária e epidemiológica.

No que se refere à Previdência Social a busca de maior organicidade se expressa na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), integrado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Fundação Legião Brasileira de Assistência (L.B.A.); Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Como órgão autônomo integra a estrutura do MPAS, a Central de Medicamentos (CEME) criada em julho de 1971 (decre

to nº 68.806 de 25.06.71), instrumento valioso de articulação dos setores produtores e de saúde.

As propostas referidas se apresentam em um momento particularmente grave, em que as estruturas social e de saúde imposta a partir de 1964 não mais conseguiram absorver as demandas políticas e sociais que propunham radicais mudanças no modelo previdenciário e sanitário, com abertura dos mesmos à participação da população nos órgãos de decisão e com aumento de atribuições do setor público na prestação dos serviços de saúde.

Um dos exemplos de tal tentativa foi a proposta da Prev-Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) no qual técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social propunham a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, incluindo saneamento e habitação, no qual se buscou uma reformulação da política de saúde com ênfase nos conceitos de atenção primária e de participação comunitária como instrumentos estratégicos para alcançar saúde para todos no ano 2.000. Como componentes do Prev-Saúde incluíam-se a hierarquização dos serviços, segundo níveis de complexidade, a regionalização, a integração dos serviços, a adscrição da população aos serviços de saúde, dos quais as unidades destinadas ao atendimento primário seriam a porta de entrada do sistema.

Devido ao grande embate sobre a questão da saúde que se tratava à época da apresentação do Prev-Saúde 1980, no qual os setores privativista e capitalista da medicina, os técnicos do interior do aparelho de Estado e os intelectuais da saúde disputavam acirradamente o reforço de suas posições e propostas, o projeto acima não foi viabilizado, tendo o seu conteúdo inicial sofrido várias modificações e submetido a discussões protelatorias infundáveis.

Se a controvérsia acima enunciada conseguiu esvasiar e impedir a implantação do projeto em tela, não foi ela capaz de paralisar a crise financeira da Previdência, que no início da década de 80 era extremamente deficitária, o que era indício da existência de problemas estruturais extremamente complexos que se traduziam por sua impossibilidade de responder as novas demandas político-sociais a ela imposta. Com efeito,

o modelo prevalente à época, baseado na compra de serviços, à base de unidades de serviço era extremamente susceptível de fraude e corrupções, principalmente por privilegiar o setor privado lucrativo, muito mais interessado em acumular capital e realizar lucros, que em atender as reais necessidades da população, o que o levava a optar por tecnologias sofisticadas, baseadas em hospitais e em áreas de maior concentração da população de maior capacidade e poder reivindicatório.

A impossibilidade política de reverter o modelo acima da a sua íntima articulação com os setores produtores e as estruturas de poder hegemônicas levou a nova tentativa de racionalizar a assistência previdenciária, com medidas político-institucionais. Para isso foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 2.9.81 (decreto nº 86329) que tinha competências para organizar e aperfeiçoar a assistência médica, sugerir critérios de alocação dos recursos para isso recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde bem como avaliar e controlar os resultados obtidos.

Composto por 15 membros escolhidos pelo Presidente da República a partir de listas apresentadas por órgãos representativos da classe. A primeira das medidas racionalizadoras consistiu na restrição do número de consultas médicas (de 4,5 para 2 por ano e segurado) na fixação do número máximo de 5 exames complementares para cada 100 consultas médicas e na disciplina dos novos credenciamentos.

As mudanças propostas compuzeram o "Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social", em 1982. Além da redução dos gastos o plano propunha a melhoria da qualidade dos serviços, a extensão da cobertura à população rural e assumia a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do sistema de saúde. Conceitos e estratégias já anteriormente tentados, como regionalização, hierarquização, mecanismos de referência e contra-referência, descentralização do planejamento e execução, além de medidas de desburocratização voltaram a ser propostos, juntamente com a vinculação entre clientela e serviço e montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial. Foi experimentada, em Curitiba, uma forma alternativa de pagamento de serviços por uni

dade de serviço, a chamada remuneração por Procedimento Clínico ou Cirúrgico, procurando-se simplificar as contas e seu processamento para obstar o superfaturamento por ampliação dos atos médicos. Para criar uma rede única de serviços ambulatoriais foi estimulado o estabelecimento de Convênios Trilaterais entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde.

A operacionalização dos convênios trilaterais ficou sob a responsabilidade do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), como estratégia para o setor saúde, visando a estabelecer um Sistema Único de Saúde, descentralizado, participativo e universalizado, com base nos serviços estaduais e municipais de saúde. Para garantir a efetiva participação de todos os órgãos foram criadas comissões colegiadas interinstitucionais, tanto em nível central (CIPLAN, Comissão Interministerial de Planejamento), como estadual (CIS, Comissão Interinstitucional de Saúde), regional (CRIS, Comissão Regional Interinstitucional de Saúde) e local (CLIS, Comissão Interinstitucional de Saúde). Ao final de 1985, já existiam CIS em 25 das 26 unidades da federação, bem como cerca de 272 regiões de saúde, contando com CRIS instaladas em 82 delas. Dos 4.107 municípios brasileiros, 690 já contavam com suas CLIS funcionando e 727 já haviam assinado o termo de adesão ao sistema.

## II. SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS FUTURAS

Em que pese todos os eventos acima descritos e as várias intervenções tendentes a alcançar maior racionalidade, a estratégia de Ações Integradas de Saúde não conseguiu ainda superar os artificialismos na assistência à saúde, institucionalizados com a lei que criou o Sistema Nacional de Saúde (lei nº 6229/75), consagrando a divisão entre a assistência individual e curativa de um lado e a medicina preventiva e saúde coletiva de outro, ambas fragmentadas e separadas em instituições separadas, constituindo-se em sub-sistemas com frouxa articulação entre si. Tal modelo estimulou o desenvolvimento de ações altamente sofisticadas com abandono de ações básicas. Como exemplo é citado que em 1981, o INAMPS gastou Cr\$ 22 bi

em tratamento de hemodiálise e pontes de safena, enquanto que todo o setor público destinou Cr\$ 20 bilhões nos serviços básicos de saúde e nas atividades de controle de doenças transmissíveis. Em 1984, o INAMPS dispendeu no tratamento de cerca de 137 pessoas, o equivalente a Cr\$ 28 bilhões, o que significa 15% da totalidade dos recursos repassados às redes das Secretarias de Saúde para atender 60 milhões de pessoas.

A política imperante de comprar serviços na rede privada contratada resultou no domínio por esta de 75% dos leitos hospitalares. Cerca de 50% das consultas médicas, 70% das odontológicas, 60% dos serviços complementares e 90% das internações foram realizados pelo setor privado, em 1984, o que correspondeu a 70% dos gastos do Instituto. Os leitos hospitalares privados, contratados pelo INAMPS somam 200.000 de um total de 350.000 pertencentes ao setor privado, embora, na maior parte, construídos com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Tais leitos poderiam produzir 1,8 milhão de internações/mês. A CIPLAN fixou em 740.000 o limite máximo de internações necessárias, o que significa que são suficientes apenas 150.000 leitos, tornando os demais ociosos. Acertando-se a proporção de 1 médico para 10 leitos, a necessidade total desse profissional será de 15.000 médicos. Como o INAMPS tem cadastrados 75.000 desses profissionais prestando assistência nesses hospitais, haveria, portanto, 200.000 leitos e 60.000 médicos ociosos e mal distribuídos.

Com relação à rede própria de serviços do INAMPS calcula-se que a capacidade ociosa, em nível ambulatorial é de 44% , considerando-se 3 turnos de trabalho de 4 horas cada e de 15% para 2 turnos. Para a rede hospitalar própria, as previsões variam entre 24,4% e 43,3%.

Ademais, persistem várias maneiras pelas quais os serviços são oferecidos à população, com diferentes formas de remuneração dos serviços contratados e conveniados. Coexistem múltiplos prestadores de serviço, desarticulados, sem padrão comum de atuação, com vários centros de decisão setorial, com ausência de coordenação dos mesmos, caracterizando várias modalidades assistenciais.

Este quadro se superpõe ao da constatação da gravidade e complexidade das questões de saúde com recrudescimento de al

gumas endemias de importância como a malária, esquistossomose, Chagas, leishmaniose e febre amarela rural. Novas entidades nosológicas estão surgindo, entre elas a dengue e AIDS. Ao mesmo tempo o setor industrial procura ampliar a utilização de tecnologias de ponta para o diagnóstico e terapêutica, propondo novos medicamentos ou vias alternativas para obtenção dos mesmos. Além desses aspectos, os longos anos de recessão econômica na década de 80, a tendência crescente à concentração de rendas após 1964 e a industrialização e urbanização anárquicas desse período com graves danos ao meio ambiente e à qualidade de vida da população certamente acarretaram danos ainda não de todo avaliados sobre a saúde física e mental de nossa população.

Com o processo de redemocratização e o realinhamento de forças políticas, reabriu-se, com maior intensidade, a discussão sobre as questões de saúde no contexto da chamada "Nova República", que culminaram com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília onde houve amplo debate entre Governo e sociedade sobre os mais relevantes temas centrados nos 3 itens da pauta:

- 1º) Saúde como dever do Estado e direito do cidadão;
- 2º) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- 3º) Financiamento setorial.

Em palestra proferida na mesma Conferência o Secretário de Estado da Saúde <sup>proferiu</sup> apontou a convergência de posições em várias áreas de discussão, tanto por parte de técnicos e de comunidades quanto de movimentos populares, sindicatos e partidos políticos.

Existe consenso de que cabe ao Estado assegurar ao cidadão o direito à saúde, por isso os serviços de saúde consistem-se em serviços essenciais; de que as diferentes instituições que conformam o setor saúde devam se integrar em um Sistema Unificado de Saúde, descentralizado, que reconheça a autonomia dos setores estadual e municipal; de que o setor saúde não deva ser considerado apenas sob a ótica dos serviços de assistência médica, mas na sua ampla interação com os demais setores sociais e econômicos; que a participação da

comunidade nos vários níveis de decisão do Sistema Unificado de Saúde é a única garantia de uma oferta de serviços justa do ponto de vista social bem como adequada e racional na ótica técnica e que há necessidade de aumentar a quantidade de recursos destinados à saúde, chegando-se a percentuais entre 8 a 10% do Produto Interno Bruto. *fez menos*

Prosseguindo em sua análise indaga o Secretário de Saúde sobre as razões pelas quais havendo concordância em tantas questões, quando se passa à formulação de propostas concretas ocorrem tantos conflitos e desencontros. E as identifica na extrema centralização administrativa e técnica ao nível do Governo Federal, bem como na concepção tecnológica de grandes organizações que visam a maximizar vantagens por meio de economia de escala de produção.

Propõe, para obviar tais situações, recuperar, de imediato, o conceito de Federação, também no Setor Saúde com o reconhecimento das Secretarias Estaduais de Saúde como instância mais importante na integração dos diversos níveis de atuação na esfera da saúde e consolidar as Ações Integradas de Saúde, como mecanismo real de planejamento integrado e de programação orçamentária conjunta.

O professor Sérgio Arouca, Presidente da Fundação Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, ao analisar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, chamou a atenção para o fato de ter sido ela reveladora em sua forma mais dramática da falência do atual modelo de assistência médica, inviável, corruptor e decadente e expressa sua opinião de que se faz algo para mudar radicalmente a situação, ou não adianta fazer reforma administrativa. Preconiza a adoção de um choque heterodóxico, que transforme completamente o sistema de saúde, fazendo com que o novo sistema seja construído tendo por base a democratização interna.

Em função das múltiplas manifestações da Conferência Nacional de Saúde que apontavam a necessidade imediata de uma Reforma Sanitária, foi instituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, sob a coordenação do Secretário Geral do Ministério da Saúde e com a participação da sociedade civil organizadora e órgãos públicos para elaborar o anteprojeto de Reforma Sanitária a ser apresentado ao novo Congresso Nacional, no próximo ano.

## B I B L I O G R A F I A

- Braga, J.C.S. & Paula, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo. Cebes - Hucitec, 1981.
- Campos, O. Contribuição ao Estudo dos Sistemas de Saúde. in "Anais do Primeiro Encontro Nacional. Associação Brasileira de Estudos Populacionais". 1978 p. 165-281.
- Conferência Nacional de Saúde (8ª). Avaliação. Tema 7. Radis 4, agosto de 1986.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil, 1985. Rio de Janeiro, 1986.
- Ministério da Previdência e Assistência Social. Assistência Médica na Previdência Social. O INAMPS na nova República. mimeo s/d.
- Ministério da Saúde. Saúde. Direito de Todos. Brasília, 1986.
- Oliveira, J.A.A. & Teixeira, Sonia M.F. (Im)previdência Social. 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes (Rio de Janeiro) Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.
- Rodriguez, E. (Neto). Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. Algumas considerações conceituais e estratégicas (1ª versão) mimeo. jan 1986.
- Singer, P.; Campos, O. & Oliveira, Elizabeth M. Prevenir e Curar. O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro. Forense - Universitária, 1978.
- Yunes, J. A reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Palestra proferida na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Março, 1986 (mimeo).