



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

**Mestrado Profissional
em Administração de Saúde**

Arnaldo Agenor Bertone
Orientador: Cid Manso de Mello Vianna

2002

Área de concentração:
Gestão de Sistemas de Saúde



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

AS IDÉIAS E AS PRÁTICAS: A CONSTRUÇÃO DO SUS

ARNALDO AGENOR BERTONE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Administração de Saúde, Gestão de Sistema de Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Cid Manso de Mello Vianna

RIO DE JANEIRO

2002

FICHA CATALOGÁFICA

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/CBC

B547 Bertone, Arnaldo Agenor.
As idéias e as práticas: a construção do SUS /
Arnaldo Agenor Bertone. – 2002.

108 f.

Orientador: Cid Manso de Mello Vianna.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Medicina Social.

1. Reforma sanitária - História - Teses. 2. Política de saúde
- Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I.
Vianna, Cid Manso de Mello. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU614.3(091)

Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte,
Mia feliz, quem sabe,
Eu só levo a certeza
De que muito pouco sei,
Ou nada sei
Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs
É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso chuva para florir
Penso que cumprir a vida seja
Simplesmente
Compreender a marcha e ir
Tocando em frente
Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela
Longa estrada, eu sou
Estrada eu vou
Todo mundo ama um dia,
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora
Cada um de nós compõe
A sua própria história
E cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz.

Tocando em frente
(Almir Sater/Renato Teixeira)

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Dolores (Dodô), Mateus (Bá) e Artur (Tuio).

A Keka, minha companheira.

Aos meus pais, Elza e Antenor.

Aos "papas" Maria Cecília Donnangelo,
Gentile de Mello, Arouca e Hésio.

Aos meus amigos que são muitos e bons.

AGRADECIMENTOS

A Keka, ao ler o primeiro esboço carinhosamente me disse que a idéia era muito boa, porém que o texto estava muito ruim.

Ao Frederico Nitão (Fred) que me incentivou a escrever, mesmo quando eu não estava acreditando no trabalho. Além disso, fonte importante de bibliografia.

Ao Homero Giacomini, que ao ler a primeira versão me ligou para comentar, incentivar e dar risadas sobre passagens do trabalho. Ele tinha entendido o espírito da coisa.

Ao Cid, que me incentivou e teve paciência de Jô, ao corrigir a primeira versão.

A todos os entrevistados que, ao perder tempo, acreditaram neste trabalho.

A SAS, ao MS, ao IMS/UERJ, nas figuras do Renilson, da Célia e do Cid, que acreditaram na iniciativa e no sucesso de um curso de mestrado profissionalizante voltados para aqueles que estão na "fazeção".

Ao pessoal da biblioteca da Uerj, que não conheço pessoalmente, porém que foram muito gentis.

Ao Carlos e a Zenaide pelo apoio prestativo nas necessárias e fundamentais configurações.

A Babel, amiga e incentivadora, que ajudou na revisão do texto e na correção da bibliografia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OS ANOS 70: LETRAS E PALAVRAS	14
3. A ACADEMIA (OU LETRAS E PALAVRAS) ALCANÇAM O MUNDO DOS SERVIÇOS.....	23
4. A ACADEMIA E OS SERVIÇOS ALCANÇAM O MUNDO DA POLÍTICA.....	34
5. OS ANOS 80 – AS PRÁTICAS, AS POLÍTICAS E AS LEIS.....	60
5.1. AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE – AIS	61
5.2. A VITÓRIA DAS OPOSIÇÕES NAS ELEIÇÕES DIRETAS PARA GOVERNADORES EM 1982	66
5.3. A IMPLANTAÇÃO DA NOVA REPÚBLICA	71
5.4. A ACADEMIA, OS SERVIÇOS E A POLÍTICA FINALMENTE ALCANÇAM O POVO: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	76
5.5. O SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE – SUDS	84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
ANEXO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

RELAÇÃO DE SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
ARENA – Aliança Renovadora Nacional
BNH – Banco Nacional de Habitação
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CELES – Centro Londrinense de Estudos da Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIS – Conselho Interministerial de Saúde
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
COPAG – Comissão do Plano de Ação de Governo
DDS – Departamento de Desenvolvimento Social
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária
INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PDS – Partido Democrático Social
PFL – Partido da Frente Liberal
PIASS – Programa de Interiorização da Assistência à Saúde
PLANASA – Plano Nacional de Saneamento
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PP – Partido Popular

PPA – Plano de Pronto Pagamento

PRONAN – Programa Nacional de Nutrição

PT – Partido dos Trabalhadores

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESP – Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas

SUDENE – Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

USP – Universidade de São Paulo

RESUMO

Este estudo tem como objetivo registrar os vários fatos e momentos históricos do movimento sanitário que vai do período da fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e a publicação da Revista Saúde em Debate em 1976 até a promulgação da Constituição Federal de 1988. O estudo é de natureza histórico-documental e tem como característica a influência do olhar do próprio autor. Tem também a pretensão de resgatar e registrar fatos e personalidades históricas fora do eixo Rio – São Paulo – Brasília, já que o autor esteve durante o período analisado nas cidades de Londrina e Curitiba, no Paraná. Pretende demonstrar, além do registro histórico dos fatos e momentos do período, a evolução das propostas do movimento sanitário, cotejando seus conteúdos com os da Constituição Federal de 1988.

ABSTRACT

This study aims to register the development of Brazilian social sanitary movement, focusing the period between the foundation of Brazilian Center of Health Studies (CEBES), and the appearance of it's magazine "Saúde em Debate" in 1976, until the promulgation of Brazilian Constitution in 1988. As a historical and documental study, it is also shaped by author's own impressions. Looking a broader the major events related to facts and personalities of the states of São Paulo, Rio de Janeiro and Brasília, the study analyses events occurred in the state of Paraná, especially in the cities of Londrina e Curitiba, where the author lived by that time. Finally, the study tries to demonstrate the evolution of proposals set by Brazilian social sanitary movement, comparing them to the statements of Brazilian Constitution.

1. INTRODUÇÃO

A dissertação é de natureza histórico-documental. O autor possui algumas características que, com certeza terão influência na forma de registrar os acontecimentos e, principalmente, no olhar e na interpretação dos seus conteúdos.

A primeira e talvez a principal característica é que o autor esteve durante o período do desenvolvimento dos acontecimentos, fora do eixo Rio – São Paulo – Brasília. Para o bem, ou para o mal, o olhar de quem participou dos acontecimentos - apesar de se considerar ator e autor desta história - em um ambiente periférico, do ponto de vista da localização geográfica, lhe dá com certeza uma visão diferente da de outros atores e autores. O autor passou a maior parte do tempo de construção da reforma sanitária e do período analisado nesta dissertação – que vai do início da década de 70 até o início dos anos 90 – entre as cidades de Londrina e Curitiba no Paraná.

A segunda característica é que sua participação no movimento da reforma sanitária se dá através de sua inserção no campo do trabalho. Esta inserção inicia em janeiro de 1978, e inclui atuações nas Secretarias Municipais de Londrina e Joinville, na Secretaria Estadual do Paraná em dois períodos totalizando 9 anos, em um núcleo de estudos em saúde coletiva constituído pelas universidades estaduais do Paraná e, por um breve momento, em uma universidade pública. No nível federal trabalhou em uma unidade de nível local da Fundação Nacional de Saúde e, atualmente, está trabalhando no nível central do Ministério da Saúde.

A terceira característica é seu engajamento no movimento político de oposição ao regime militar. O autor teve participação ativa no movimento armado contra o regime tendo se auto-asilado no Chile para posteriormente retornar e ser

preso, tendo permanecido durante 1 ano e 5 meses em diversas prisões nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná.

A quarta característica é que o autor não é oriundo das áreas específicas da saúde, pois é formado em ciências econômicas.

A quinta e última característica é que o autor teve uma breve passagem pelo curso de história no final da década de 70. E não deixou nunca de ser um historiador. Apesar de frustrado.

Estas experiências e características resultam, com certeza num olhar diferente do de outros atores e autores que porventura venham a analisar o mesmo período histórico e os mesmos fatos.

O autor não tem nenhuma pretensão de cometer uma versão final deste momento histórico. Muito pelo contrário, outros já escreveram e escreverão, com mais propriedade e mais profundidade (sem falsa modéstia). Porém, com certeza, a visão proposta é única. Como toda a visão de um personagem perante a história pois - e não poderia ser diferente - contém traços e características peculiares da sua própria história.

Dentro das características apresentadas procurou-se obter a grande maioria dos dados e relatos através de entrevistas e conversas com fontes primárias de informações. Não sendo possível, buscou-se as mesmas em transcrições de documentos originais dos eventos e, em publicações dos próprios participantes dos fatos. Ressalte-se que lapsos referentes a citações de fontes deverão ser debitados ao duplo papel de ator/autor de quem escreve a presente dissertação, bem como à clara preferência (ou recorte) para entrevistas e conversas com personagens do Paraná.

Finalmente o autor destaca que pretende com este trabalho, além do registro histórico dos fatos decorridos no período em questão, demonstrar a evolução das propostas do movimento sanitário nos diversos momentos analisados, cotejando seus conteúdos com os da Constituição Nacional de 1988 para constatar a inscrição dos mesmos naquela carta magna.

2. OS ANOS 70: LETRAS E PALAVRAS

O movimento de luta pela melhoria da saúde no Brasil, nasce fundamentalmente nas universidades brasileiras (com alguns parcos, porém bons, apoios nos estamentos burocráticos) nos inícios dos anos 70. Tem como suas expressões de exteriorização as salas de aulas, através das palavras, e nas suas escritas, através de raras publicações de dissertações de mestrados e teses de doutorado.

Este movimento, mais tarde, denominado movimento sanitário, tem como linha de atuação dois aspectos norteadores: um técnico e outro político. Se do ponto de vista metodológico não é possível separar estas duas características, do ponto de vista didático fazer esta separação traz vantagens, já que em determinados momentos um ou outro é mais preponderante. Do ponto de vista técnico é possível destacar que o movimento “bebe na fonte” da crítica dos Departamentos de Medicina Preventiva. Do ponto de vista político seu eixo de críticas é dirigido à luta contra a ditadura e pela redemocratização.

Estes dois aspectos, o técnico e o político, vão criando um corpo de doutrina e são agentes catalisadores de diversas pessoas da área da saúde, professores, estudantes e técnicos de órgãos públicos (poucos) que buscavam formas alternativas de inserção profissional e de luta contra a ditadura.

É importante lembrar que nos anos de 1972/1973, o movimento armado contra o regime estava literalmente e na prática “fora de combate”. As organizações da esquerda armada se encontravam desarticuladas (se não totalmente destruídas) e sua forma de luta mostrava se inviável no país. Cresce neste período a busca por “espaços viáveis de luta” no campo da legalidade.

Do ponto de vista técnico o movimento vai construindo sua base teórica através de publicações técnicas e principalmente da elaboração e difusão das teses de doutorado e dissertações de mestrado. Das publicações deste período ressaltamos duas, pois consideradas clássicas do movimento sanitário: “O dilema preventivista” de Sergio Arouca e “Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho” de Maria Cecília Ferro Donnangelo. São deste mesmo período publicações de Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Mario Magalhães da Silveira entre outros.

Apesar de todos os problemas técnicos, devido às dificuldades oriundas da escassa circulação de livros e revistas e, ainda o pouco desenvolvimento dos conceitos das idéias, e dos problemas políticos, oriundos do regime de exceção, professores, nas suas salas de aulas, introduziam, através de debates e discussões, uma nova matéria chamada de “política de saúde”.

Os poucos livros e textos mimeografados eram disputados. Aproveitam-se estes textos para discussões em grupos com alunos e professores. Tomávamos muito cuidado para não criar nada que de longe pudesse ser parecido com alguma reunião clandestina. Quanto mais o espaço fosse aberto e com público, melhor....(informação verbal) ¹

Neste período, o movimento lutou com letras e palavras, visando conquistar espaços, através das críticas (na maioria das vezes pontuais) ao sistema de saúde nacional e ao modelo político-econômico brasileiro. É importante ressaltar que estes espaços se dão do ponto de vista das idéias. As práticas na implementação de ações no campo da saúde pública são esparsas, dispersas, bastante restritas e conseqüentemente pouco efetivas, como por exemplo, o Programa Comunitário de Atenção à Família – Procaf, com a implantação de 3

¹Nelson Rodrigues dos Santos, médico, professor universitário, atual coordenador da secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde, maio de 2002

unidades de saúde, sendo dois na periferia urbana e um em distrito rural de Londrina (convênio entre o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina e a Fundação Kelloggs)

Coerente com a visão de conjugar o aspecto técnico e o político, citados anteriormente, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Com a sigla CEBES, que o tornou nacionalmente conhecido, esta entidade associativa de direito civil, sem fins lucrativas, foi criada em São Paulo no ano de 1976. Majoritariamente composta de pessoas oriundas da esquerda brasileira em geral, particularmente de comunistas históricos, deve ser entendida como uma iniciativa dos profissionais de saúde que compreendiam o processo saúde-doença como decorrência das condições objetivas da estrutura social. Com o intuito de fomentar o debate de idéias e sua difusão, foi criada a Revista Saúde em Debate. Sua edição de nº 1 foi de outubro de 1976. Este espaço embora não pioneiro (iniciativas semelhantes da haviam sido tentadas – ver editorial da Revista Saúde em Debate nº1 publicada na íntegra nesta dissertação) buscou inovar a articulação dos segmentos sociais interessados e comprometidos com as melhorias da assistência à saúde da sociedade, mediante a constituição de uma rede nacional de colaboradores, envolvendo profissionais de serviços, acadêmicos e técnicos no aparelho estatal. O primeiro número desta revista, cotejando-se os seus artigos nela contidos, revela ao mesmo tempo, uma publicação com enfoques multidisciplinares voltados para a análise e crítica das práticas vigentes em cada área de atenção à saúde específica, sem, todavia apresentar uma proposta organizada estruturalmente, que representasse um contra-ponto ao modelo assistencial vigente, e de outro lado, apresentado a deterioração das condições de trabalho médico. ANEXO 1 e ANEXO 2.

Os artigos abrangem um amplo leque de temas como atenção médica, planejamento em saúde, medicina de comunidade, educação sanitária, medicina preventiva, nutrição e aprendizagem e ensino médico.

As preocupações suscitadas por tais questões levaram a busca de identificação das principais debilidades intersetorial, como a utilização de multiplicidades de denominações, sem a definição de um objeto comum, atribuídas a mesma área de prática médica. Podemos destacar como situação mais notória e emblemática, nesse caso, as denominações "saúde comunitária", "saúde pública", "medicina social", "medicina integral" e mesmo "medicina preventiva", que são utilizadas de uma forma quase indistinta.

O primeiro editorial da Revista apresenta sua linha de atuação demarcando suas propostas:

"A análise do setor saúde como componente do processo histórico-social vem sendo feita de forma freqüente por estudiosos, que nem sempre encontram os veículos de divulgação mais apropriados. Saúde em Debate pretende ampliar e levar adiante tais discussões, no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre saúde e a estrutura social. Nossos colaboradores, de várias maneiras, acumulam experiências nessa área e tem, na defesa dos interesses coletivos, a regra norteadora de suas realizações.

Pesquisando a história da imprensa, encontramos iniciativas semelhantes. Na década de 40 surgiram: a Revista Médico-Social, a Revista Brasileira de Medicina Pública, os Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e a Revista do SESP, as duas últimas ainda em circulação. A idéia desta publicação vem preencher uma lacuna há muito sentida entre aqueles que se interessam pelos problemas de saúde de nosso país, dentro de uma perspectiva mais ampla.

No início pretendeu-se reeditar a Revista Brasileira de Medicina Pública. Mais tarde, o trabalho estendeu-se por vários Estados, e, para proporcionar a participação de todos, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tem na revista sua publicação oficial, agora com o nome Saúde em Debate. São sócios do centro todos os cotistas da revista. Esperamos

mais adesões e são nos especialmente caros aqueles profissionais que, trabalhando em várias áreas, se interessam pelo setor saúde.

A necessidade de um suporte econômico veio se juntar às dificuldades de estruturação. Não se pretendendo depender de publicidade paga, o sustento se faz apenas através da venda de cotas e assinaturas, sendo indispensável a divulgação para garantia de sua continuidade.

Neste primeiro número publicamos artigos das seguintes áreas: atenção médica, planejamento em saúde, medicina de comunidade, educação sanitária, medicina preventiva, nutrição e aprendizagem e ensino médico.

Em reconhecimento ao interesse demonstrado pelos que prontamente nos enviaram artigos, decidimos pela publicação dos treze primeiros recebidos. Temos esperança de que o próprio surgimento de Saúde em Debate promova a realização de trabalhos sobre os outros temas importantes.

Pretendemos também que a revista possua sessão permanente de informação sobre congressos realizados, livros e periódicos lançados, e mesmo artigos publicados em outros veículos de comunicação, sempre dentro da temática que caracteriza este periódico.

Tais trabalhos e todos que nos são enviados não devem ser necessariamente subordinados a uma única linha de pensamento. Ao contrário, somente a discussão em termos de diferentes posições possibilitará o encontro de propostas mais adequadas a nossa realidade. Reafirmamos, no entanto, o posicionamento dos integrantes do atual conselho de Redação, que ficou caracterizado no discurso da oradora da primeira turma do Curso de Especialização em Saúde Pública em nível local, par médicos, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, publicado neste número.

Agradecemos a todos aqueles, que através do trabalho, de incentivos e dedicação, nos tornaram possível levar a frente esta iniciativa, e contamos com adesões, críticas e propostas. Os Editores”.

(Revista Saúde em Debate, 1976, p. 3)

É perceptível no editorial o delineamento da condução estratégica da luta pela saúde. A luta pela saúde é parte integrante de um projeto mais amplo para a sociedade.

Extraio do Editorial algumas afirmações significativas que serão norteadoras do projeto do CEBES e conseqüentemente da Revista.

"... no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre saúde e a estrutura social".

Esta é o cerne da visão conceitual da constituição do CEBES. Saúde é parte integrante da estrutura social. E sua luta está intimamente ligada aos movimentos sociais.

"Nossos colaboradores, de várias maneiras, acumulam experiências nessa área e têm na defesa dos interesses coletivos, a regra norteadora de suas realizações".

Explicita claramente quem são os atuais, quem deverão ser os futuros colaboradores e para quem a revista deve estar voltada.

"Esperamos mais adesões e são nos especialmente caros aqueles profissionais que, trabalhando em várias áreas, se interessem pelo setor saúde".

O enfoque além de ser multiprofissional busca atrair para a luta pela saúde, profissionais de outras áreas. O CEBES, não se restringe às áreas "médicas", busca adesões de todos os profissionais que afirmem a relação entre saúde e a estrutura social e que sejam comprometidos com a defesa dos interesses coletivos da sociedade.

"... o sustento se faz através da venda de cotas e assinaturas, sendo indispensável à divulgação para garantia de sua continuidade"

O CEBES e a revista buscaram se viabilizar de forma independente através da mobilização e da organização das pessoas.

Esta entidade iniciada em São Paulo, começa a se espalhar nas diversas capitais e interior do país, através da formação de núcleos de apoio. Estes núcleos eram formados por professores, alunos, profissionais, na maioria das vezes de maneira informal e tinham o objetivo de promover discussões e palestras sobre o tema, além de realizar associações do CEBES nacional e vender as assinaturas da Revista Saúde em Debate.

Destaca-se, por ter tido participação direta na sua criação, o Centro Londrinense de Estudos da Saúde – CELES, que, apesar de ser um núcleo do CEBES Nacional entendeu por bem criar uma entidade jurídica sem fins lucrativos, registrada em cartório de Títulos e Documentos, com intuito de obter o número do Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda e ter possibilidade, desta forma, de abrir conta corrente em banco e até, dentro das possibilidades, realizar convênios com instituições públicas, ou receber doações de instituições privadas.

Paulo Gutierrez relata desta forma:

(...) na dependência de se obter o número do CGC para abrir uma filial do CEBES em Londrina, e diante da demora, pelo pessoal de São Paulo, por ter dado pouca importância ao fato de se ter CGC, ou por problemas burocráticos, achamos melhor em assembléia, criarmos uma entidade tal qual o CEBES Nacional, porém com personalidade jurídica e com diretoria própria. Desta forma nascia o CELES (que na verdade era mais conhecido por CEBES, pois quando falávamos CELES, inevitavelmente sentíamos a necessidade de explicar que era núcleo do CEBES), que publicou artigos

mimeografados, através de fotocópias e promoveu vários debates de âmbito municipal e regional da área da saúde, assim como promoveu, em conjunto, com outras entidades debates de cunho político mais geral...² (informação verbal)

A primeira mesa-redonda do CELES abordou o tema “Medicina do Interior”. Em 1978, durante dois dias discutimos “Desnutrição: mitos e realidade” com o Carlos Augusto Monteiro, Carlos Eduardo Malhado Baldijão, Aníbal Sanches Moura e Flávio Valente. A jornalista Rose Arruda, dedicando uma página inteira da Folha de Londrina de 18 de junho de 1978 sobre este evento, destacava:

“Um objetivo amplo de discutir com a comunidade todos os assuntos ligados à área médica levou o núcleo de Londrina do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES - a organizar, no início deste mês, uma mesa redonda sobre desnutrição que, ao contrário de reunir especialistas médicos em torno de questões preponderantemente técnicas, lotou um auditório com pessoas das mais variadas formações acadêmicas e categorias profissionais. Eram geólogos, engenheiros, funcionários públicos e estudantes interessados em debater amplamente assuntos antes reservados aos simpósios e conferências fechadas. (Folha de Londrina, caderno 3, 1978, p 3)

(...) a agente fazia um pouco de tudo, fazia as cobranças dos associados, fazia publicações em fotocópias (inclusive a criação das capas das publicações), vendia as revistas, dava as palestras, recebia e alojava os convidados de outros locais nas nossas casas, enfim assobiava e chupava cana ... (informação verbal)³

² Paulo Roberto Gutierrez, médico e professor universitário, ceebista e ceelista de primeira hora, junho de 2002

³ Paulo Gutierrez, médico e professor universitário, ceebista e ceelista de primeira hora, junho de 2002

Esta entidade, apenas como exemplo, serviu para aglutinar pessoas, difundir idéias e também se apresentar como de oposição ao regime existente no país. Deve-se se destacar que estas entidades foram formadas nos espaços da legalidade, porém com clara conotação de oposição política ao regime de exceção vivido no país.

3. A ACADEMIA (OU LETRAS E PALAVRAS) ALCANÇAM O MUNDO DOS SERVIÇOS

Do ponto de vista político, os participantes do movimento pela saúde começam a ter, também, uma participação maior em outros fóruns políticos mais abrangente que o setor saúde. Esta necessidade de aumentar a expressão política do movimento pela saúde, vai se dar através do partido de oposição ao regime que é o Movimento Democrático Brasileiro – MDB. Destaque-se que esta participação já estivera, de forma, porém muito incipiente, presente nas eleições para senadores em 1974. A vitória significativa do MDB com a eleição de senadores na maioria dos estados e a conseqüente derrota do voto nulo em 1974 (preconizado por setores da esquerda), proporcionaram nas eleições para prefeitos em 1976 que parcela do movimento sanitário estivessem junto aos novos prefeitos. (informação verbal)⁴

Quanto mais as letras e as palavras eram impressas e faladas, mais estas idéias adentravam no campo dos serviços.

É importante destacar que, mesmo durante toda a vigência do Ato Institucional nº 5, as eleições para prefeitos (exceto das capitais, municípios de fronteiras e cidades portuárias nas quais os prefeitos eram indicados pelos governadores) eram diretas.

⁴ Nelson Rodrigues dos Santos, médico, professor universitário, atual coordenador da secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde, maio de 2002

As eleições para prefeitos, ocorridas em 1976, proporcionaram o primeiro movimento de aproximação entre os participantes do movimento pela saúde e dirigentes do MDB.

Neste processo de aproximação entre o MDB e este movimento pela saúde, alguns prefeitos eleitos pelo MDB buscaram, por diferentes motivos, pessoas que tinham participação das discussões sobre os novos rumos da saúde. A necessidade de mostrar diferenças entre o modo de governar da oposição, representada pelo MDB, impulsionou alguns destes novos prefeitos a buscar alternativas de atendimento a saúde da população. É possível destacar, deste período, as prefeituras de Campinas, Londrina, Niterói, Olinda, entre outros.

As experiências pioneiras da criação de serviços municipais de saúde através da implantação de unidades de saúde ambulatoriais urbanas e rurais, da implantação de laboratórios para apoio diagnóstico, da contratação de médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar e da estruturação de secretarias e departamentos de saúde, além de trazer novos militantes para o movimento sanitário, reforçam suas teses e suas diretrizes. A junção das idéias com a prática, da academia com os serviços, de pessoas recém saídas da universidade tendo a possibilidade de colocar em prática às idéias de mudanças permitem ao movimento uma expansão significativa. Não era agora um produto somente da academia. Era um movimento político e partidário de prefeituras eleitas. E com significativo apoio e respaldo popular. As idéias que antes saiam somente das palavras de docentes em salas de aulas, estavam agora nos discursos de prefeitos eleitos com mandato popular.

Com as eleições de 1976 para prefeitos é possível, sem nenhuma dúvida, afirmar, que as idéias da academia alcançam o mundo dos serviços.

É neste processo de implantação de serviços de saúde nos municípios e a disseminação das teses do movimento sanitário, que é realizado o I Encontro Municipal do Setor Saúde. (GOULART, 1996, p.34)

Este evento foi uma articulação do Sergio Arouca, do Hésio Cordeiro (eram da academia), do Nelson Rodrigues dos Santos (um híbrido já que era da Academia em Londrina e agora estava na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas), do Hugo Tomasini, do Sebastião de Moraes e minha como secretário de saúde de Londrina (secretários de saúde respectivamente dos municípios de Campinas, Niterói e Londrina). (informação verbal)⁵

O encontro foi realizado em Campinas, no estado de São Paulo, durante os dias 17 a 20 de maio de 1978. Contou com 61 municípios participantes de 16 estados das regiões Norte, Nordeste e Sul. Segundo Hugo Tomasini, em depoimento a Flavio Goulart, o evento contou ainda com a presença dos três prefeitos organizadores do evento: o de Campinas, o de Niterói e o de Londrina. A maior autoridade sanitária presente foi o Secretário Estadual de São Paulo, Walter Leser. Do Governo Federal houve a participação de representantes do segundo escalão do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social - Inamps e do Ministério da Fazenda (sic) (GOULART, 1996, p. 35).

Apesar de ter sido, do ponto de vista cronológico, o 2º encontro realizado por serviços de saúde municipais. o 1º foi o Encontro de Secretários Municipais das Capitais do Nordeste, realizado em Teresina em 1978, é considerado, devido à qualidade e quantidade de participantes, o primeiro fórum significativo que consegue reunir, em um mesmo espaço, os trabalhadores da academia com os trabalhadores dos serviços. Nele são apresentadas as várias teses, através das palavras de seus acadêmicos, das Universidades, e ao mesmo tempo as várias práticas e ações dos serviços municipais de saúde.

Marcio José de Almeida, na época, secretário municipal de saúde de Londrina relembra:

⁵ Marcio José de Almeida, médico e professor universitário, maio e agosto de 2002.

(...) pela primeira vez foi possível juntar em um mesmo espaço, secretários municipais de saúde e seus técnicos com o pessoal da academia. Ao mesmo tempo em que tínhamos um acadêmico como Sergio Arouca falando sobre as idéias e as possibilidades de implementação de um projeto de mudanças no setor saúde dentro daquela conjuntura política que vivíamos, tínhamos, também, a oportunidade de assistirmos a apresentação, de um dirigente de um serviço de saúde, sobre a implantação de um projeto de saúde, ou de ações de saúde, em um determinado município. Foi um processo de uma riqueza muito grande. Podemos considerar que foi um momento histórico, pois um importante momento de síntese da teoria com a prática (informação verbal)⁶

É necessário ressaltar a bem da verdade que o evento, pelas informações encontradas, iniciou-se com uma denominação e terminou com outra. No início do evento este era denominado I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste e nas suas conclusões finais já foi denominado de I Encontro Municipal do Setor Saúde. Provavelmente tal fato se deu devido a grande participação já referida anteriormente. É interessante notar também que os encontros que precederam a este já se denominaram Encontros Municipais do Setor Saúde e conseqüentemente foram denominados II, III, IV em diante.

Para possibilitar um dialogo mais proveitoso, ou pelo menos mais fácil, transcreve-se o memorial do Encontro. Não foi possível determinar o motivo de ter se dado para as conclusões, ou recomendações, do Encontro o nome de memorial. Provavelmente algum motivo de força maior, ou menor, deve ter ocorrido para a utilização desta denominação. O fato é que esta denominação nunca mais

⁶ Marcio José de Almeida, médico e professor universitário, maio e agosto de 2002

foi utilizada. Talvez denote a consciência (possivelmente intuitiva) da importância do momento histórico.⁷

***I Encontro Municipal do Setor Saúde
Campinas, 1978.***

Memorial

Os 61 municípios participantes estabeleceram que:

- 1. A prioridade de programação municipal de saúde deve estar voltada para a Atenção Primária, através de postos de saúde. A manutenção de estrutura hospitalar própria deve ser uma exceção, decorrentes da omissão dos órgãos estaduais ou federais, em melhores condições financeiras para se responsabilizar por tais serviços.*
- 2. O pronto atendimento de emergências simples pelos postos de saúde deve ser atribuição dos municípios, e as emergências complexas devem ser referidas a serviços de nível secundário ou terciário, que são de competência da União e do estado. A instalação e manutenção dos serviços complexos de pronto-socorro, pelo município, deve ser exceção decorrente da omissão dos órgãos estaduais ou federais, ou então, exceção decorrente de raras peculiaridades locais.*
- 3. Os órgãos financiadores tipo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) devem dar prioridades aos pedidos dos municípios e outros órgãos públicos para a instalação de uma rede de postos de Atenção Primária. Condenou-se a atual posição do FAS e congêneres, de dar prioridade e financiamento para a rede privada, que vêm aplicando somente na instalação de empresas hospitalares.*
- 4. O sistema de pagamento de serviços médicos por "unidade de serviços" é inconveniente para os municípios e demais órgãos públicos, uma vez que*

⁷ Não foi possível obter esta informação com nenhum participante.

introduz graves distorções no sistema de atenção à saúde, porque estimula a produção de atos médicos supérfluos e muitas vezes sofisticados, realizados com objetivo de obtenção de lucros máximos.

- 5. É conveniente que seja revista pela União e estados a política tributária, de forma a assegurar maior volume de recursos aos municípios, especialmente através de alteração na forma de distribuição de impostos arrecadados pelos estados e pela União.*
- 6. As prefeituras devem ampliar suas dotações para a Saúde, de forma que o município possa assumir maiores responsabilidades na prestação de serviços à população.*
- 7. A influência dos serviços de saúde sobre o desenvolvimento socioeconômico é limitada. Entretanto, a influência ao desenvolvimento socioeconômico nos níveis de saúde da população é determinante. Desta forma reconhece-se que as decisões sobre política global de desenvolvimento devem contar com ampla participação da população, a grande interessada neste desenvolvimento. Tal política deve assegurar:*
 - a) aumento da produção de alimentos básicos para o consumo interno, adequada às necessidades de toda a população;*
 - b) a fixação do trabalhador rural à terra;*
 - c) condições para elevação do poder aquisitivo da população.*
- 8. É necessária a integração do serviço municipal de saúde com os serviços das demais instituições locais, para maior aproveitamento dos recursos disponíveis, barateamento dos custos e expansão da cobertura. Foi considerado por unanimidade que tem havido dificuldades na execução de programas municipais de saúde, devido ao bloqueio dos canais de comunicação e entendimento entre o município-estado –União, principalmente com o estado, em virtude de divergências político partidárias entre os dirigentes municipais e os poderes superiores. Fica denunciada a dificuldade de se obter bom relacionamento, devido à predominância de*

interesses político-partidários e econômicos, em detrimento das reais necessidades da população.

9. *Ao analisar os aspectos municipais de aplicação de programas de saúde, não se pode dissociar sua característica técnica e sua característica política: embora os secretários municipais de saúde exerçam funções técnicas, são agentes de uma estrutura político-administrativa cujo chefe, o prefeito municipal, é o único dirigente do poder executivo nacional, de expressão legitimamente política e democrática. Na sua maioria, são escolhidos pelo voto direto da população.*
10. *Os municípios, através dos diversos mecanismos de pressão, obtenham do Estado e da União, condições para cumprimento das atribuições que lhe são conferidas pela Lei do Sistema Nacional de Saúde, dentro do espírito e forma do que estabelecido no presente memorial. (GOULART, 1996, p. 77-8)*

É possível identificar claramente no documento quatro níveis de preocupação: organizativo, financiamento do setor, política do setor saúde e a política mais geral.

Os itens 1 e 2, por exemplo, referem ao papel principal (e pelo documento único) das atribuições do nível municipal. A Atenção Primária deveria ser o enfoque prioritário da programação municipal. Não se poderia perder tempo e recursos com investimentos no atendimento às emergências complexas, devendo ser estas serem referidas aos níveis secundários e terciários “que são competência da União e do estado”. (GOULART, 1996, p.77).

Entendia-se que somente por exceção decorrente da omissão ou de raras peculiaridades poderiam ser gerenciados pelos municípios outros níveis de complexidade.

Fica claro para os dirigentes dos serviços municipais de saúde que a tarefa prioritária era a extensão de cobertura com serviços de atendimento básico. Neste contexto é evidente também que a incorporação do mando único em cada esfera de governo e da formulação de um sistema municipal de saúde que contemplasse toda a atenção à população e ao paciente através da promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde não estava na ordem do dia.

A estratégia delineada pelos dirigentes era ofertar serviços, criar uma estrutura que não pudesse voltar atrás, onde sua ampliação seria um catalisador do grau de aderência com e da população.

Não há no documento nenhuma menção ao processo de articulação de um sistema único de saúde. A plenária provavelmente entendia como dado concreto da realidade a existência de dois sistemas de saúde. Não caberia, naquele fórum, maiores discussões sobre a existência de um sistema para os previdenciários e outro para a população em geral.

Os itens 3, 4, 5 e 6 referem-se ao financiamento da saúde para os serviços municipais. Com os seguintes destaques: necessidade de revisão dos investimentos realizados pelos órgãos financiadores, notadamente o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Estes investimentos deveriam estar prioritariamente voltados “aos pedidos dos municípios e outros órgãos públicos para a instalação de uma rede de postos de Atenção Primária”, e não para a “instalação de empresas hospitalares”, a conveniência da revisão pela União e estados da política tributária como forma de aumentar a arrecadação dos municípios, e a necessidade de ampliação pelas prefeituras das dotações orçamentárias para a saúde. (GOULART, 1996, p. 77).

Finalmente do ponto de vista do financiamento o item 4 refere-se ao pagamento de serviços médicos através da “unidade de serviço” e sua “inconveniência” para os municípios e demais órgãos públicos considerando que

esta forma de pagamento estimula a produção de serviços “supérfluos e muitas vezes sofisticados”.(GOULART, 1996, p. 77).

Esta crítica, provavelmente, se referia a uma situação específica e peculiar do município de Londrina, que se entendeu generalizar. (informação verbal).⁸

Ao mesmo tempo deve ser analisada como crítica mais geral ao sistema de saúde. É interessante notar que apesar de se estar discutindo o financiamento do setor não é feita nenhuma menção a qualquer forma de financiamento que pudesse ser realizado pela Previdência Social. Aliás, em nenhuma linha do documento é mencionado o nome da Previdência Social, ou mesmo do Inamps.

Assim como nos itens sobre a organização do sistema, os relacionados ao financiamento, tampouco consideram a questão da formulação de um Sistema Único de Saúde.

Os itens 8 e 10 referem-se a política de saúde e ao relacionamento municípios, estados e União. Conclama a necessidade de integração dos serviços municipais com os serviços das demais instituições locais. Esta crítica é baseada nas dificuldades encontradas no relacionamento de diversos municípios com os estados e com a União. Aponta-se a predominância dos interesses políticos partidários e econômicos como fatores de restrição a este relacionamento, “em detrimento das reais necessidades da população”. (GOULART, 1996, p. 78)

Ao mesmo tempo o documento conclama aos municípios a obtenção do Estado e da União condição para cumprimento de suas atribuições referente ao Sistema Nacional de Saúde, revista dentro do espírito do encontro.

⁸ Marcio José de Almeida, médico e professor universitário, maio e agosto de 2002

Os itens 7 e 9 discute-se a política mais global da sociedade brasileira. O primeiro refere-se, principalmente, a questões sociais e econômicas com ênfase ao aumento de produção. A fixação do homem rural a terra e as condições para elevação da renda a população. O item 9 insere a questão democrática ao citar "...o prefeito municipal, é o único dirigente do poder executivo nacional, de expressão legitimamente política e democrática. Na sua maioria, são escolhidos pelo voto direto da população". (GOULART, 1996, p.78).

Esta frase é sem dúvida nenhuma a crítica mais contundente ao regime de exceção.

É possível deduzir deste encontro corroborando com a visão, já anteriormente citada, dois temas:

O primeiro que o movimento sanitário no seu nascedouro e tendo já a prática, através dos serviços municipais de saúde, ainda é, do ponto de vista de diretriz e de formulação de uma política de saúde mais abrangente, uma criança dando seus primeiros passos;

O segundo que do ponto de vista político mais geral as críticas ao modelo econômico e social e as questões democráticas já são mais claras, consistentes e com objetivos bem definidos de mudança do regime político, mesmo ditas, muitas vezes, de forma não muito clara. A construção desta frase é um primor da técnica do subterfúgio utilizada nos anos 70 "...o prefeito municipal, é o único dirigente do poder executivo nacional, de expressão legitimamente política e democrática. Na sua maioria, são escolhidos pelo voto direto da população".(GOULART, 1996, p.78).

Simplemente afirma que todos os outros dirigentes do poder executivo, presidentes e governadores eram ilegítimos, pois não foram escolhidos pelo voto direto e secreto.

Tão importante e significativo em termos históricos, porém com maior aprofundamento dos temas, de elaboração de conceitos e principalmente de repercussão foi à realização do I Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados em outubro de 1979. Desta forma, entendeu o autor apresentar com mais detalhes as exposições e debates ocorridos neste evento. Somente citar e comentar as deliberações do simpósio poderia não apresentar a riqueza das idéias discutidas.



4. A ACADEMIA E OS SERVIÇOS ALCANÇAM O MUNDO DA POLÍTICA.

No período de 09 a 11 de outubro de 1979, foi realizado o I Simpósio sobre Política de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, tendo como temas: “A saúde no contexto do desenvolvimento social e econômico”; “Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”; “A descentralização e regionalização das atividades de saúde” e “A discussão da estatização e privatização dos serviços de saúde”; “A política de saúde pública nos últimos 50 anos; e “Democratização e saúde”.

Este evento contou com a participação de aproximadamente 900 pessoas inscritas, entre técnicos da direção superior dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, secretários de saúde dos estados e municípios, técnicos da secretarias estaduais e municipais de saúde, profissionais de saúde, representantes de empresas de medicina de grupo e empresas cooperativas de medicina privada, profissionais liberais, além de parlamentares de diferentes correntes político-ideológicas.

No final dos anos 70, já estava cristalizado em setores representativos da sociedade, notadamente do setor saúde, que as crises sociais e econômicas vividas pelo Brasil estavam a exigir mudanças substantivas nas políticas governamentais, visto que o período do chamado “milagre brasileiro” (1970 – 1974), havia piorado os níveis de desigualdades entre as regiões e entre as pessoas. Tais desigualdades implicavam em questionar o modelo de desenvolvimento econômico implementado pelo governo federal, com seus inevitáveis reflexos nas áreas sociais.

Havia, consenso quanto ao diagnóstico das distorções e aprofundamento das desigualdades, restando um amplo campo de debates quanto

às mudanças necessárias exigidas pelo setor saúde, com destaque para as atribuições e responsabilidades do poder estatal e do setor privado produtor de serviços na área de assistência à saúde. Nesse aspecto, decorria o impasse quanto as possíveis soluções entre o financiador (governo federal), o produtor (empresas médicas, profissionais autônomos) e os usuários dos serviços de saúde (consumidor). Todos estavam insatisfeitos. Cada qual com seus interesses, razões e argumentos. O ano de 1979 representou o início de um novo governo, agora marcado pelas limitações econômicas e financeiras decorrentes dos baixos fluxos de capitais internacionais disponíveis para a manutenção do modelo econômico implantado no início da década. Ademais, a questão democrática estava presente, na definição do papel e caráter que deveria ter o Estado brasileiro. A reformulação partidária, já em discussão no âmbito do Congresso Nacional, remetia e vinculava claramente uma questão a outra. Pois as liberdades democráticas, com a volta do regime pluripartidário, traria certamente as visões ideológicas e políticas distintas e conflitantes quanto ao novo papel a ser exercido pelo Estado.

A questão da saúde não mais podia ser vista como algo a ser resolvido no âmbito técnico, mas antes se impunha deliberação política explícitas, seguidas de formulações e elaborações de projetos legislativos que fossem capazes de enfrentar os problemas de saúde, e de assistência médica agravadas nos últimos anos, pelo modelo econômico concentrador de rendas inter-regionais e interpessoais.

É provável que o texto do convite encaminhado, pela organização do evento aos participantes, tenha servido como a introdução da publicação do I Simpósio. A sempre inevitável comissão de relatoria entendeu, e muito bem, a oportunidade de se utilizar na apresentação do relatório final o texto do convite. Podemos perceber desta forma a oportunidade do evento e seu contexto (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 13).

Destaca-se deste provável convite (com certeza introdução) alguns pontos importantes que nos situam no momento político nos finais dos anos 70.

“A oportunidade - quando um novo governo (início do governo João Figueiredo – lembrete do autor) ainda está no seu início, quando a discussão nacional destaca a reformulação partidária, a possível ideologia partidária, de que modo deveria situar-se a Saúde como componente da Política Global?”. (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 13).

“A proposta – usufruindo realmente da proclamada abertura democrática...” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 13).

Assim como também nos situa no momento vivido pelo setor saúde.

“As discussões nacionais sobre SAÚDE sempre tem finalizado com a afirmação da necessidade POLÍTICA...” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 13).

“Diagnósticos sempre tem ocupado o melhor da inteligência nacional, e proposições de mudança sempre finalizam os vários congressos, simpósios e reuniões...” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 13).

Desta forma “A Comissão de Saúde da Câmara Federal ... resolveu oferecer-se como patrocinadora de um simpósio nacional sobre Política de Saúde” (grifo do autor) (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 13).

A organização do Simpósio, através do seu provável convite, demonstra que a área da saúde alcança um novo patamar de entendimento. Não é

mais uma área de técnicos do setor, muitos menos de médicos ou de outras corporações, ou de novas técnicas ou formas de organização. É uma área social e a busca por mudanças setor ultrapassa este campo restrito. Suas formulações e saídas se dão em outro patamar, se dão no campo da política.

O coordenador geral do Simpósio Ubaldo Dantas, Deputado Federal da ARENA da Bahia, ex-secretário de Estado da Saúde da Bahia, ex-mestrando em Medicina Social da Universidade de Londres, relembra:

(...) meu lema para minha campanha (de Deputado Federal) era “Saúde para Todos” por pura coincidência, e pouca gente acredita, depois da campanha passou a ser o lema daquela temporada para a OMS e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil... explicitava o sentido democrático o acesso como direito (...) ajudei e muito a organizar este simpósio, na realidade... fui um tapa-buracos (na organização) (...) (DANTAS, 2002).

As principais deliberações do Simpósio, segundo Ubaldo Dantas, foram:

- Pressão por Sistema Único de Saúde “e por tantas pessoas dos mais variados matizes ideológicos”.
- Uma oportunidade de discussão sobre a inércia e os números vergonhosos da Saúde Brasileira.
- A divulgação da questão do tema Saúde Pública Brasileira, “atingiu níveis de divulgação inusitados e realçados pelo ambiente e envolvimento do próprio Congresso Nacional”.
- O documento “Democratização e Saúde do CEBES, condensou o pensamento reinante e francamente majoritário e “isso sob a guarda e holofotes de um dos poderes da Republica, ainda que em plena ditadura militar” (DANTAS, 2002).

Definitivamente, aquele processo iniciado nas salas de aulas das academias, passando pela criação do CEBES e pelas exitosas experiências municipais, chegava a um novo patamar – o campo da Política.

Armando Raggio, na época diretor de saúde do Departamento de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Curitiba, relata desta forma sua participação no Simpósio.

(...) Scalco, Deputado Federal incluiu-me entre os convidados, enviando passagem e a estadia foi conta do Município”. “Estavam aqui, de memória apenas, doutor Walter Pecoits, Pellegrini, José Saraiva Felipe, Luiz Felipe, Piola Sólton, Arouca, Hésio, Eleutério ... Marlow Kuitiko, Luiz Fernando Nicz, Marcio Almeida, Luiz Cordoni ... Nelson Rodrigues dos Santos, Sebastião de Moraes, o Secretario de Niterói, cujo nome deu um branco ... um nome italiano, professor da UFF (...)

Armando se lembra dos seguintes deputados da comissão de saúde: Ubaldo Dantas, Euclides Scalco, Dario Tavares, Max Mauro. Relembra ainda:

A presença mais impressionante para mim era a do médico Mario Magalhães da Silveira, que fez uma Conferência Magna sobre 50 anos de Saúde Pública, trazendo toda sua experiência desde a década de 20, desde as origens imediatas às transformações do Rio de Janeiro ... “. Para a minha formação “ ... ingressar na equipe do DDS, com Luiz Carlos Zanoni de Diretor Geral e Jaime Lerner de Prefeito foi um passo e o outro passo decisivo ter participado do Simpósio de Saúde da Câmara, tão importante que ele nem tem número (...)

Democratização e Saúde, tese apresentada pelo CEBES, foi para mim um marco fundamental da mobilização que não mais se interrompeu até os dias atuais. (informação verbal)⁹

Outro participante do Simpósio, também paranaense, o médico Fernando Martins, de Curitiba relata desta forma seu envolvimento:

(...) Em 1979 participei do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, como representante do então IPMC, em que era assessor do Diretor do Departamento Médico e de Assistência, que prestava assistência médica aos servidores do município de Curitiba, atendendo também seus dependentes. (...)

(...) Havia uma nítida disputa por posições com relação à política de saúde para o Brasil. Um grupo relacionado com a medicina de grupo e representado pela ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo). O outro grupo, nosso, lutava para que o estado assumisse seu dever de dar ao povo uma assistência médica decente. O primeiro grupo dizia que nós queríamos estatizar a saúde, e nós afirmando que eles desejavam uma medicina privada sustentada pelo estado. Como sempre queriam a privatização dos lucros e a socialização dos prejuízos. (...)

(...) As discussões mais acirradas eram feitas nos bastidores. Lembro-me que se discutia bastante sobre o financiamento do setor, que não estava bem claro. (...)

(...) O Simpósio foi o grande passo inicial para a instalação do sistema hoje existente e pelo qual devemos continuar lutando, para

⁹ Armando Martinho Bardou Raggio, médico, ex-secretário de saúde de Curitiba e ex-secretário estadual de saúde do Paraná, julho de 2002

que o novo povo possa ter uma assistência médica digna, decente e gratuita. (informação verbal)¹⁰

Isto pode ser compreendido a partir dos temas abordados no Simpósio, discutidos a seguir:

1. "A saúde no contexto do desenvolvimento social e econômico".

A conferência proferida pelo professor Roberto Santos, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia alia as questões da saúde com o desenvolvimento social e econômico.

Reconhece que apesar do crescimento da economia nos últimos anos continuamos com "... os nossos índices de mortalidade e de morbidade em níveis verdadeiramente lamentáveis, ...".(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 22)

Inferre de forma clara que "... há estreita relação entre o quadro sanitário das populações e as respectivas economias".(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 23)

Apona que pela distribuição desigual de renda mesmo considerando todo o crescimento econômico não demos conta de atender a população. Este fato é agravado pela posição das "...nossas elites, secularmente, orientaram em seu próprio favor os parques investimentos na área sanitária, concentrando-os nos instrumentos de prevenção e restauração da saúde a serviços das zonas urbanas privilegiadas e acessíveis, apenas aos que tinham maior poder aquisitivo." (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p. 24)

¹⁰ Fernando Martins, médico, ex-professor universitário, ex-diretor geral da secretaria estadual do Paraná, agosto de 2002.

Esta conferência vem ao encontro às teses do movimento sanitário e da reforma. A falta de distribuição da renda é duplamente qualificada. Pelos recursos que cada um possui e pelos investimentos alocados. Quem tem renda tem também mais investimentos e conseqüentemente mais políticas sociais.

O conferencista vai mais além quando aponta as distorções da assistência médica a cargo da Previdência Social, pois esta "... poderia estar prestando contribuição bem maior à saúde dos brasileiros, não fossem algumas atitudes remanescentes do tradicional esquema de prestação de serviços...". (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, 1980, p.29).

Ao mesmo tempo em que não pretende utilizar os recursos descontados dos salários dos trabalhadores vinculados à previdência social para pessoas sem vínculo empregatício, discute a necessidade da sociedade definir recursos para os cuidados à saúde, como fazer esta arrecadação e como distribuí-lo. Ressalta que nos últimos anos começam a aparecer sinais de reformulação do sistema e indica os convênios visando a total integração dos serviços a cargo da Previdência em unidades estaduais e municipais. Adverte da necessidade do processo de hierarquização e regionalização dos serviços e encerra enaltecendo o governo da Bahia que no período 1975/79 com recursos estaduais e financiamentos federais por meios dos programas FAS, PIASS e POLONORDESTE, implantou uma rede de serviços com mais de quatrocentas unidades de atenção primária e finalmente encerra com recomendações da Conferência de Alma-Ata realizada pela Organização Mundial de Saúde em setembro de 1978.

Como debatedores desta conferência estiveram presentes os doutores Hésio Cordeiro, Aloysio Fernandes e Carlos Gentile de Mello.

Hésio Cordeiro mostra, com exemplos, distorções ocorridas nas proposições de políticas sociais ocorridas no país. Cita desde a questão do Fundo

de Garantia por Tempo de Serviços com o agravamento da rotatividade da mão de obra e a instabilidade do trabalhador, a criação do BNH com estímulos maiores a especulação imobiliária do que voltada a resolução da casa própria, do PLANASA criado com a mesma lógica anterior, o PRONAM e INAN que terminaram por estimular o processo de industrialização em detrimento da pequena propriedade, da CEME que ao invés de estimular a produção de fármacos nacionais, principalmente oficial, se transformou num mero órgão de distribuição e aquisição de medicamentos do setor privado. Em relação ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – este foi distorcido, pois seus investimentos foram direcionados ao setor privado hospitalar e critica aponta as ambigüidades do Sistema Nacional de Saúde e da Lei do Sistema Nacional de Saúde que não define as relações entre o setor e privado, deixando a margem estas relações. Encerra seu papel de debatedor nominando alguns desafios:

- A questão do financiamento da assistência médica. Quem paga, quanto custa e o que significa este financiamento?
- A questão da participação da população nas decisões da saúde.
- A questão da democratização.

Aloysio Fernandes, coloca se como representante e em nome da Federação Brasileira dos Hospitais. Ressalta que embora a saúde seja um direito de todos os cidadãos, a universalidade constitui-se em seu maior problema. Expondo que a participação do INAMPS é predominante nos atendimentos sobre todos os outros compradores de serviços e nestes atendimentos aos beneficiários a participação da iniciativa privada é preponderante, propõe da necessidade dos contribuintes do sistema participarem, através de representantes, de todas as decisões, incluindo a locação de recursos, do órgão. Critica a falta de continuidade administrativa gerencial e filosófica do órgão e as conseqüentes mudanças de rumo a cada momento. “Um grupo incentiva os investimentos na rede hospitalar... outro grupo é contra os recursos, não lhe importando os prejuízos que acarretarão.” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 40). Após citar diversos dados demonstrando da necessidade de aumentar os recursos do

INAMPS, de se realizar os pagamentos em dia, pela continuidade do PPA – Plano de Pronto Atendimento, de solicitar melhoria no pagamento dos procedimentos, encerra conclamando “Salvem os hospitais brasileiros antes que eles morram”.(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 44).

Carlos Gentile de Mello, aproveitando seu tempo de debatedor, denunciou o ato do Conselho Federal de Medicina não o nomeando, apesar de eleito, como conselheiro do Conselho de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e assim como as alterações, através de revisões e impugnações, dos resultados das eleições da Associação Médica Brasileira. Aproveita ainda o tempo para fazer três ponderações já apresentada pelo debatedor anterior todas voltadas a negar as posições do representante da Federação Brasileira de Hospitais que os hospitais privados iam muito bem já que “... os únicos, neste País, que conseguem progredir, a olhos vistos, com prejuízos permanentes” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 45).

Lastima a falta do representante dos trabalhadores, Luis Inácio da Silva, apesar de que “Alguns jornais do Rio de Janeiro criticaram a sua presença neste Simpósio. Devo dizer que estou de acordo com o representante da Federação Brasileira de Hospitais, quando diz que todos os envolvidos no problema da saúde devem participar”.(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 45).

Questiona o problema da desnutrição no país, da doença de Chagas, da meningite e da alocação de recursos do FAS, pois este, destinou “...75% dos recursos foram destinados à construção de leitos hospitalares, quando a prioridade tem sido a assistência ambulatorial”. “Mais da metade do total dos financiamentos foi distribuída na região Sudeste, ficando o Nordeste com apenas 16%”. (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 47).

Ressaltam da conferência do Professor Roberto Santos a necessidade da redistribuição de renda e a insistência em falar da assistência primária à saúde. Aponta como saída “Está-se necessitando de técnicos radicais, isto, que examinem os problemas pela raiz do problema”.(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 48).

2. “Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”.

A conferência sobre o tema foi proferida pelo Professor Carlyle Guerra de Macedo, consultor da Organização Pan-americana de Saúde introduz o tema considerando “... recursos humanos para a saúde muito mais do que apenas mão de obra, fator produtivo no processo de prestação de serviços de saúde; entendemo-los também como agentes, sujeitos desse processo, e beneficiários do mesmo processo de desenvolvimento...” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 64).

Ressalta que a questão de recursos humanos não pode ser dissociada da política de saúde como um todo, que por sua vez é parte inseparável da política social e da política global de desenvolvimento.

No seu diagnóstico aponta que as distorções em relação a política de recursos humanos não é nada mais que o resultado histórico que determinou a situação dos serviços de saúde. Ou seja, os serviços de saúde foram construídos e organizados em uma determinada lógica e construiu-se o modelo de recursos humanos. Estas distorções podem ser resumidas em: composição de equipes em que predominam as categorias profissionais com maior status e de mais alta e complexa formação, um estoque de recursos humanos concentrados – da mesma forma que os serviços -, privilegiamento da especialização, práticas mais complexas e mais bem remuneradas, diversas modalidades “... mas que tem uma característica ou uma tendência comum no momento histórico em que vivemos, que é a prevalência das formas assalariadas de circulação do trabalhador de saúde à prestação de serviços”.(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 66).

Indica como eixo principal de sua conferência que uma proposta de mudanças na área de recursos humanos é uma alteração de mudanças no modelo

de prestação de serviços de saúde. Apresenta um sistema de atendimento à saúde com participação organizada da população, com a construção de uma rede básica de serviços de saúde de natureza universal e pública - além de uma rede de serviços secundários e terciários também de responsabilidade pública - e com condições de exercer o controle da iniciativa privada integrada ao sistema. Este sistema deverá ser centrado operacionalmente nas secretarias estaduais de saúde.

Para operacionalizar, conforme o conferencista, tornam-se necessárias modificações dos recursos humanos através de três grandes instrumentos: os incentivos para os níveis profissionais, médio e elementar visando o trabalho em equipe; os incentivos àquelas profissões ou categorias que apresentem déficit de oferta, ao mesmo tempo desestímulos as categorias com grande oferta; e finalmente, incentivos especiais para localização em áreas carentes através de salários adequados e oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Além dos incentivos citados é necessária uma profunda modificação no aparelho formador nos três níveis: níveis elementar e médio, nível de graduação e de pós-graduação. No primeiro nível a necessidade de expansão das atividades, porém "... não ficarmos confiantes apenas na capacidade ou julgando que isso é uma responsabilidade apenas do sistema educacional". Mas "...é uma responsabilidade compartilhada com as instituições de serviços e que não há solução senão na somação de esforços desses dois grandes sistemas que compõem o Sistema Nacional de Saúde". No nível da graduação, "... a proposta da política de recursos humanos para a saúde é que a graduação deve ter como objetivo a formação de generalistas em cada profissão, tecnicamente capazes, mas comprometidos consciente e criticamente com a sociedade". No nível da pós-graduação, "... adquire relevo fundamental a formação de especialistas..." privilegiando as formas de residência e de especialização e "... com prioridade absoluta para as áreas básicas do atendimento e a área da saúde coletiva". O conferencista vai além ao propor ao propor "...que a expansão exagerada e

desordenada da pós graduação, inclusive em muitos casos atendendo interesses que não aqueles da preparação de recursos humanos para a docência, para a pesquisa ou para a prestação de serviços, deve ser coibida". (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 68-70).

A primeira debatedora da conferência foi Maria Ivete Ribeiro de Oliveira, representante do Conselho Federal de Enfermagem, que ressalta a importância do conferencista ter indicado "... como eixo orientador da formação recursos humanos as necessidades de saúde..." (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 75).

A debatedora expõe que o modelo de saúde no Brasil está voltado as práticas curativas e que existe um déficit muito grande na área de enfermagem (de enfermeiros e pessoal de enfermagem em geral). Que estas categorias não têm estímulos financeiros e tampouco de formação e reconhecimento profissional. Critica com bastante ênfase a falta de formação e mostra preocupação de que os serviços de saúde (dito pelo conferencista) sejam provedores de formação profissional, pois se preocupa não só com a quantidade de pessoal como a qualidade de formação deste pessoal.

O outro debatedor é Nelson Rodrigues dos Santos, docente de medicina da Universidade Estadual de Campinas, reafirma e concorda "...de que a política de desenvolvimento de recursos humanos é completamente aderente, dependente e consequência dos acertos de uma política de estruturação dos serviços de saúde que define o mercado de trabalho..." (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, p. 79).

Entende que os recursos humanos na área de saúde definem o fracasso ou sucesso do setor Saúde. Outro aspecto a ser ressaltado é o papel de agentes de mudanças reservadas para estes recursos humanos na saúde. Ressalta ainda, a necessidade de pensarmos na base da pirâmide do atendimento

de serviço e conseqüente base da pirâmide de recursos humanos. Indicando a atenção para o auxiliar ou atendente, de nível elementar. Aponta 10 questões sobre este agente: deve-se constituir na base da pirâmide, ou seja, deve ser a maioria dos recursos humanos; capacidade de aprendizado valorizada; desde a fase inicial de treinamento este profissional deverá discutir o seu próprio desempenho profissional; delegação de função; ser formado criticamente em relação ao consumismo de bens e serviços; deverá ser recrutado na comunidade; estar vinculado a comunidade; os profissionais seriam mais agentes da comunidade dentro da instituição; ser agente na pressão por regionalização e democratização dos serviços de saúde; e, manter uma "... necessidade imperiosa de esse tipo de profissional ... manter uma permanente discussão crítica sobre o seu novo papel ..." (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 81).

Cecília Donângelo, socióloga e livre docente do Departamento de Medicina Preventiva da USP, coloca como primeira questão no texto entregue pelo conferencista "... foi a presença implícita, nunca enunciada, de um projeto alternativo de saúde; explicitava-se a necessidade de um projeto, mas não se avançava na delimitação de seus contornos". Sendo que na exposição oral do conferencista avança na proposta. Ressalta a questão do poder, que estava ausente do texto escrito, porém enunciada "... que me parece justamente constituir o elemento central a ser agregado...". A debatedora coloca com muita clareza da impossibilidade de nas "... condições atuais da sociedade brasileira e da organização de serviços de saúde no Brasil, a possibilidade de viabilizar uma proposta de política de saúde ou de organização de serviços de saúde alternativa, radicalmente alternativa, à forma de organização de serviços de saúde presente..." Apesar de entender que esta proposta deva ser encaminhada, entende que, "... não vejo condições de viabilidade política para que ela seja transformada em política alternativa de saúde no Brasil".(I Simpósio Nacional de Política de Saúde, 1980, p. 83-8).

João Carlos Serra, presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, inicia seu debate mostrando uma tendência de assalariamento progressivo do trabalho médico e da formação de especialistas que estes médicos possuem. Finalmente ressalva a necessidade de que se triplicou o número de médicos, principalmente devido às escolas privadas, porém estes não foram incorporados aos quadros do MPAS que gasta 70% do seu orçamento com pagamento de Unidades de Serviços ou de hospitais credenciados.

3. "Descentralização e regionalização das atividades de saúde"

A conferência foi realizada pelo Dr. Mozart de Abreu e Silva, secretário executivo adjunto do Centro Nacional de Recursos Humanos. Inicialmente se coloca como " ... parte desse conjunto de profissionais que assim pensam, considerando que os problemas de saúde se situam numa posição superior, ou seja, os problemas de saúde como problemas sociais..." Mais além afirma "... que necessário superar, de forma definitiva, a visão de que o desenvolvimento social possa materializar-se simplesmente através de ações específicas dos chamados setores sociais". (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 116-7).

Apresenta sua conferência em dois grandes tópicos: as responsabilidades do setor e a descentralização e a regionalização das atividades.

No primeiro, apesar de reconhecer o grau escasso de interferência do setor Saúde, não deve significar a ausência de responsabilidade dos planejadores e profissionais da área.

É necessária a participação do setor Saúde no esforço aos atendimentos das necessidades essenciais, saneamento, a alimentação, correção do ambiente insalubre. A omissão ou insuficiente participação do setor saúde tem permitido políticas cujo princípio básico é da racionalidade econômico-financeira.

As ações cujas responsabilidades maiores pertencem ao setor Saúde, e para onde são alocados uma soma apreciável de recursos financeiros, preponderam ainda "... sistemas operacionais no mínimo considerados alienados em relação à realidade econômico-social do País". Nesta área ainda "... se privilegiam as ações e os serviços mais sofisticados e o destaque da parte maior dos recursos para os agentes privados..." (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 118-9).

O segundo tópico, o conferencista esclarece "... que o maior problema que atinge o setor Saúde é justamente o privilegiamento das ações sofisticadas, praticadas a nível da clínica especializada e dos hospitais privados, fruto do crescente desvio de recursos da área pública na direção da empresa médica." Que "... a natureza autoritária da relação médico-paciente, que retira do consumidos a capacidade de barganha ... " E que "... o empresariado médico constituído por lobby tem sido freqüentemente o obstáculo maior a qualquer medida ... ". (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 119-20).

Dentro deste quadro de referência a descentralização representa "... uma tendência ... no sentido de simplificar a estruturação burocrática das organizações de larga escala." E a regionalização, "... em termos amplos, tem sido empregada como forma de descentralizar, mediante o ordenamento e a organização dos serviços de uma determinada área territorial ...". No setor saúde a regionalização significa a coordenação de unidades assistenciais em um sistema de complexidade crescente e interdependente, "... a partir da atenção primária de saúde". Significa, também, uma organização de serviços que vai da periferia ao centro, quer eles sejam em um território municipal, estadual ou nacional. Que disponha de uma única diretriz doutrinária e com comando em vários níveis do sistema. É necessária a existência de uma rede básica de serviços municipalizada e distritalizada nas grandes cidades.

Marcio José de Almeida, secretário de saúde de Londrina, inicia seu papel de debatedor com duas convicções: a primeira "... diz respeito ao papel complementar, secundário, que desempenham os serviços de saúde na elevação significativa do nível de saúde do povo." A segunda convicção é de " ... debater o tema descentralização, hierarquização e regionalização, desde o enfoque de atenção primária em de saúde." (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 125).

Indica quatro questões abaixo enumeradas e resumidas:

- A questão de formação de recursos humanos necessários para a implantação/implementação de experiências municipais. Não há adequação do aparelho formador para as novas experiências de um novo modelo de saúde.
- O privilegiamento do INAMPS, sendo que este órgão é predominante da atual Política Nacional de Saúde, em favor da indústria farmacêutica, da indústria de equipamentos médico-industrial e de setores empresariais da medicina em detrimento das necessidades da maioria da população.
- "Em que medidas o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – estão efetivamente assumindo, na prática, o discurso descentralizante, hierarquizante e regionalizante que propalam, inclusive através de textos legais?". (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 128).
- Coloca em dúvida como construir "... um sistema descentralizado, hierarquizado e regionalizado ... voltado às necessidades de atenção médica da população, pode prescindir da participação dos ... governos municipais?".(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 29).

Em conversa ao autor Marcio Almeida relembra:

"Fui convidado pelo Scalco (Euclides Scalco, deputado federal pelo MDB do Paraná e membro da comissão de saúde". "Apresentei duas

denúncias durante a minha participação como debatedor”. A primeira refere-se ao convênio entre a Prefeitura de Londrina e o Hospital Universitário. “Diferente de outros municípios, Londrina tinha um hospital universitário com características voltadas à assistência. A prefeitura de Londrina fazia um repasse mensal como forma de contribuição a assistência prestada à população, pois este era o Pronto Socorro do município. Quando o novo prefeito Antonio Belinati, assumiu em 1977, o reitor da Universidade Oscar Alves entendeu em modificar a modalidade de financiamento de pré-pagamento global por pós-pagamento tendo por base a Unidade de Serviços (US – forma de pagamento que o Inamps utilizava para compra dos serviços com a rede privada)”. Em realidade segundo Marcio Almeida “foi um pretexto para se romper o convenio por divergência político-partidária” (Recordemos que o prefeito de Londrina havia sido eleito pelo MDB e o reitor era da Arena). A segunda foi em relação às vacinas. “O ex-reitor, agora secretario estadual de saúde, alegando a inadequação técnica e operacional não autorizou o repasse de vacinas as unidades do município”. Marcio Almeida afirma: “É importante ressaltar que a questão é político-partidária, porém tem uma base ideológica de visão do sistema de saúde. Em realidade se tratava do debate sobre a centralização versus descentralização e a dicotomia prevenção versus cura, e outras questões”.(informação verbal)¹¹

O autor entendeu por bem apresentar este depoimento visando mostrar que o evento, além de debater os rumos da saúde, serviu também como “caixa de ressonância” de denúncias.

José Saraiva Felipe, diretor do Centro Regional de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, basicamente se coloca como debatedor mostrando a

¹¹ Marcio José de Almeida, médico e professor universitário, maio e agosto de 2002.

experiência de Montes Claros, seu processo de transferência de poder para a periferia e o sucesso até agora na interação do trabalho com os interesses da periferia, dos usuários dos serviços, dos funcionários locais, dos prefeitos, da representação política dos municípios, dos membros da equipe de trabalho.

O debatedor conclama a continuidade do apoio financeiro do INAMPS e do Ministério da Saúde, através do PIASS.

Otávio Clementino Albuquerque, chefe da divisão de preservação de Recursos Humanos da SUDENE, apresenta um extenso diagnóstico da situação de saúde, renda, escolaridade. Apresenta, ainda, uma crítica em relação aos hospitais privados, pois a lógica destes é "... pois, dentro de uma ótica econômica, o hospital privado é uma indústria, e a indústria busca o lucro, onde a matéria prima é o cliente." ... o objetivo do hospital privado choca-se com o objetivo maior, de um sistema de saúde que pe evitar a internação...".(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 134).

Crítica que determinadas ações de saúde são realizadas para atender uma faixa da população que tem acesso as decisões, citando, como exemplo, a vacinação de cães de casa em casa, e da criança somente no ambulatório.

José Duarte de Araújo, coordenador de Ciências da Saúde no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Indica algumas questões fundamentalmente nos fracassos das experiências de descentralização, notadamente porque "... a atenção médica estava predominantemente em mãos do setor privado...". Enaltece a primeira parte do documento do conferencista pelo marco de referência relativa a "... limitada influência da assistência médica...". Além de enaltecer que "... a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, em nosso País, transborda das cátedras universitárias, deixa as teses acadêmicas e se incorpora ao discurso oficial ...". (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 137).

Além disso, reforça em toda a sua exposição como debatedor do papel fundamental das condições socioeconômicas no processo de melhoria da saúde da população. Reitera o que outros debatedores e conferencistas já se posicionaram referente a necessidade de qualificação profissional diferente das atualmente ofertadas pelo aparelho formador. Destaca, ainda a necessidade de implementar, através de novos investimentos ao setor público visando instalações próprias de cuidados primários a saúde em áreas economicamente desfavorecidas.

4. "A discussão da estatização e privatização dos serviços de saúde"

Esta conferência foi pronunciada pelo professor Paul Israel Singer, economista sênior do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Inicialmente aborda a questão como "... sobre se os serviços de saúde devem ser predominantemente estatizados ou predominantemente privatizados coloca em questão, precisamente, quem controla o serviço de saúde". Discute-se se o consumidor deve controlar os serviços através do estado, "... já que o Estado deveria representar os consumidores em geral, já que o Estado é, na verdade, a corporificação da sociedade organizada, ...". Ou se, outros "... pensando mais no consumidor individual, acreditam que é através dos mecanismos de mercado que o consumidor pode alcançar um controle mais efetivo sobre os serviços de saúde ..."

(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. 1980, p. 154).

O conferencista aborda que os serviços de saúde são disputados pelos dois lados, ou, pelas duas visões de controle. Aborda ainda, que há uma gama de serviços de saúde que são coletivos pela própria natureza: os serviços preventivos, as campanhas de vacinação, as campanhas contra endemias, contra epidemias. A abordagem peculiar e instigante trazida pelo conferencista nos remete a constatação que a questão do lucro é que de fato permeia toda a problemática do controle. Sabidamente as diferentes campanhas, de alcance coletivo, não se prestam a realização do lucro no volume propiciado pelo atendimento individual e curativo, além de ser difícil a manipulação dos resultados

para o recebimento do pagamento, e ainda, as ações de caráter coletivo envolvem maior número de trabalhadores, sua dispersão e baixa rentabilidade. Daí não fazer parte das discussões o papel destinado ao Estado sobre essas ações. Ademais, o ato individualizado propicia o controle do corpo humano, exercendo importante papel na reprodução da força de trabalho, como também ao fragmentar o indivíduo em partes estimula a especialização, que por sua vez cria as condições para a incorporação de tecnologias sofisticadas e crescentemente mais caras, o que faz aumentar os lucros dos prestadores de serviços e também do complexo médico-hospitalar. A fabricação de remédios e a fabricação de equipamentos médicos, que é inteiramente privada, é crescentemente monopolista e majoritariamente estrangeira, ou seja, multinacional.

Guilherme Rodrigues da Silva, professor de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. O debatedor indica que a discussão sobre privatização e estatização da saúde no Brasil remonta a década de 50, e que no período mais recente (1968) tivemos propostas claramente definidas pela privatização, que não foi em frente muito mais pela impossibilidade financeira de sua implementação. Em 1973 tivemos a proposta de unificação da saúde em um único ministério. Esta discussão continua até hoje. Outra questão importante levantada pelo debatedor refere-se que as posições de estatização e privatização, pois dependendo do ponto de vista do interlocutor, é inferido que a saúde no Brasil está privatizada ou estatizada. Finaliza colocando a questão "... se a saúde esta incorporada, de certa forma, na produção econômica, na acumulação capitalista, nesse estagio de desenvolvimento, capitalista." "Privatização versus estatização implica, realmente, uma opção política também, uma opção política que deve ser discutida, para saber qual deve ser o sentido e a função das prestações de serviços na área de saúde" (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 168).

Tomaz Raposo, consultor técnico da Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Além de colocar a questão que não estava em pauta a

discussão estatização versus privatização, mas sim estatização e privatização. E que estas duas propostas poderiam conviver juntas. Pois segundo, o debatedor, existem “ ... atividades que sejam aplicáveis a toda a coletividade, ou a grupos ... , em caráter compulsório e de modo uniforme ... “ e existem, devido as grandes diferenças regionais, culturais, econômicas, grandes desníveis populacionais, “ ... justifica-se em parte que tenhamos um setor privado mais capaz de aderir a esses diferentes níveis apresentados pela nossa população.” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p.171).

José Carlos Seixas, professor da Faculdade de Saúde Pública da USP. O debatedor coloca para reflexão a diferença existente em relação a um passado não muito distante e o atual papel do medico e a incorporação de capital nesta relação. Ou seja, o novo médico necessita de investimentos de capital e torna-se preocupado, pois agora um capitalista, com o retorno do capital investido e não unicamente com sua rentabilidade pessoal. Com esta mudança “ ... o profissional passa a se reger não por princípios éticos e necessidades de saúde-doença, mas passa a ser um investidor, basicamente, no mercado de capitais”.(I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 176).

Francisco Urbano de Araújo Filho, secretário da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura. O debatedor, no seu texto lido, e representando 21 federações e dois mil e trezentos sindicatos, coloca algumas questões relativas as diferenças entre o trabalhador urbano e o rural, da necessidade de “ ... consideramos o ideal perseguido em matéria de previdência, de seguridade social, como já aconteceu em outros países desenvolvidos onde não existe contribuição direta, onde são beneficiados todos os cidadãos sem exceção ...” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 178).

Em sua apresentação no item específico referente a questão da saúde, defende “... a estatização dos serviços de saúde, pois não podemos ficar à mercê da iniciativa privada, que, por mais avançada, por mais humanista, por mais

altruísta que seja, traz em si mesma o objetivo do lucro, a nosso ver incompatível com os objetivos que deve perseguir o Estado para distribuir serviços de saúde a toda a população brasileira, sem distinção ou discriminação de qualquer espécie.” (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, p. 178).

5. “A Política de Saúde Pública no Brasil nos últimos 50 anos”.

Esta conferência foi proferida pelo Professor Mario Magalhães, sanitarista. Serviu para um relato histórico da construção do setor saúde no país e principalmente para a discussão se o desenvolvimento era determinante como fator de saúde ou a saúde teria influência como fator de desenvolvimento no país.

Resumo das conclusões do I Simpósio (I Simpósio da Câmara, p. 257 - 260).

O resumo das conclusões do Simpósio é apresentado em quatro grandes itens que podem ser classificados como de diagnóstico e afirmações mais gerais da sociedade brasileira.

No seu primeiro item, indica: “Foi opinião quase unânime entre os simposistas que a completa democratização da sociedade constitui a mais importante contribuição que pode ser dada à solução dos problemas de saúde da população brasileira, no atual momento”. (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 257).

No item dois a principal afirmação refere-se aos fatores políticos que determinam um quadro de “...a partir da década de 1960, vem ocorrendo uma queda gradativa dos níveis de vida e de saúde da população e que, paralelamente, os serviços de saúde não se tem desenvolvido de modo a satisfazer as necessidades mais prementes dessa população”. (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, p. 257).

Indica ainda a crescente concentração de renda, que determina condições de nutrição, habitação, saneamento, e o subemprego nos grandes centros urbanos. Identifica os fatores políticos que contribuem para este quadro:

- a centralização do poder decisório, com esvaziamento dos níveis político-administrativos estaduais e, principalmente, municipais;
- o privilégio da tecnoburocracia estatal em detrimento da classe política, sem dúvida possuidora de maior legitimidade como representante da população;
- a exclusão das classes trabalhadoras e outras classes sociais da tomada de decisões, e o cerceamento a seus autênticos meios de manifestação e reivindicação". (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, p. 257).

O item três refere-se aos serviços de saúde propriamente ditos, onde além do diagnóstico, são apresentados quatro indicativos referentes ao nível de organização dos serviços de saúde, a questão dos recursos humanos, ao financiamento do setor e a produção e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos. Ressaltaria na organização dos serviços: a instituição de um Sistema de Saúde que integrassem todos os serviços, a alocação de recursos prioritariamente para a expansão da rede básica, o fortalecimento dos serviços próprios, a descentralização, e criação de uma rede nacional de ambulatórios e postos estatais e controle do sistema de saúde pela população. Na questão de recursos humanos não há propostas concretas, ressaltando apenas a necessidade deste estar voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população. Com relação ao financiamento " ... recomenda-se a implantação de um fundo único de saúde ... promovido através de uma maior participação proporcional nos orçamentos federal, estaduais e municipais..." (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 259).

Recomenda-se ainda, modificações na forma de contratação com o setor privado devendo ser substituída a forma de pagamento por unidades de serviços para subsídios globais. No item referente à produção de medicamentos e

equipamentos médicos deve ser orientada da dependência do capital estrangeiro com maior participação estatal em pesquisa, formação de pesquisadores e desenvolvimento de tecnologia nacional, do controle de remessas de lucros ao exterior, controle efetivo da qualidade e quantidade dos medicamentos e importação somente de fármacos e equipamentos comprovados com utilização de 5 anos.

O item quatro conclama a continuidade dos debates com democracia e que possa aprofundar os pontos de uma plataforma de reivindicações que mobilize os profissionais de saúde e todos os cidadãos "... a favor de políticas sociais, e particularmente, de saúde, autenticamente democratizadas".(I Simpósio sobre Política de Saúde, 1980, p. 260).

A realização do I Simpósio sobre política de saúde, promovido pela Câmara dos Deputados deve ser entendido e analisado em seu contexto histórico. No ano de 1979, com a posse do novo Presidente General havia a promessa de promover a abertura política do regime militar. Este fato decorria da grave crise econômica, fruto do "choque do petróleo" e da retração das disponibilidades financeiras internacionais para propiciar e manter o crescimento acelerado, verificado no início da década de 70 e da conseqüente crise política com início de críticas das elites e de expressivas parcelas dos empresários.

Instalada a crise econômica o governo federal, perde crescentemente legitimidade e apoio popular, ensejando a mobilização de amplos setores da sociedade no questionamento e na contestação franca, e cada vez mais direta e aberta do regime político. Depois de seguidas vitórias do partido de oposição, o MDB, em 1974 e 1978, o sistema político busca formas de postergar ou até mesmo de manter o controle do processo de abertura política. As manobras realizadas pelo regime através de sucessivas alterações nas regras eleitorais, revelavam-se incapazes de impedir a manifestação popular por liberdade e democracia.

Havia um cenário favorável para as reivindicações e protestos contra a política governamental nas áreas sociais e trabalhistas. O ambiente econômico e político propiciavam esta arregimentação. O temário do I Simpósio da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados está inserido neste ambiente. A experiência acumulada pelos profissionais em saúde quer sejam no âmbito das academias, quer sejam no âmbito dos serviços, realizadas à sombra do regime militar, havia proporcionado inovações de grande importância na organização e funcionamento de serviços de saúde. Estas experiências e estudos haviam criado as condições materiais e objetivas para a elaboração de propostas em termos técnicos, mas, sobretudo, identificava a imperiosa necessidade de garantir e ampliar a participação da sociedade. Entendida esta como exercício de cidadania e forma de aumentar o controle e fiscalização das ações e dos serviços de saúde ofertados a população, fossem eles públicos ou privados.

É possível afirmar que as bases de uma proposta de reformulação do modelo médico-sanitário, que somente viria se consolidar com a promulgação da atual Constituição Federal em 1988, estavam delineadas em seus aspectos essenciais.

5. OS ANOS 80 – AS PRÁTICAS, AS POLÍTICAS E AS LEIS

Na década de 80 com o intuito de sistematizar nosso trabalho, apresentaremos duas vertentes consideradas fundamentais para a ampliação do movimento pela reforma sanitária e por melhoria da saúde da população brasileira.

A primeira refere se a implantação/implementação das experiências municipais e a formulação do papel para os estados na área da saúde. A segunda a implementação das leis, dos aspectos jurídicos e legais.

Em relação à primeira, é importante destacar três importantes processos de estímulos para a expansão das experiências municipais.

- a) As Ações Integradas de Saúde - AIS: Este programa, proposto pelo Ministério da Previdência Social, através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência (Inamps), teve seu início de implantação em 1982/83. Preconizava a compra de ações e serviços ofertados pelas unidades públicas - postos, centros de saúde, laboratórios - pertencentes às secretarias municipais e secretarias estaduais de saúde. A compra dos serviços prestados seria realizada, e devidamente paga pelo Instituto, independentemente da condição de vínculo do usuário (contribuinte ou não contribuinte ao sistema previdenciário);
- b) A significativa vitória das oposições nas eleições diretas para governadores ocorrida em 1982: Os partidos de oposição: Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB e Partido Democrático Trabalhista – PDT, elegem seus candidatos a governadores, através do voto direto, em 9 estados da Federação: São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro,

Espírito Santo, Pernambuco, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Ceará e Amazonas.

- c) A implantação da Nova República com a eleição de Tancredo/Sarney através do colégio eleitoral e a conseqüente incorporação de vários participantes do movimento sanitário nos diversos órgãos de representação do nível federal: Ministérios, Autarquias e órgãos da administração federal descentralizados nos estados.

Para a segunda é necessário destacar como ponto fundamental para sua análise a realização da VIII^a Conferência Nacional de Saúde. Além de ser a primeira conferência com ampla participação popular seu relatório final serviu de base para os posteriores encaminhamentos do ponto de vista jurídico do novo sistema de saúde. Fruto dos desdobramentos da Conferência é instituído a Comissão Nacional da Reforma Sanitária que produzirá importantes subsídios para a elaboração, posteriormente, da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde.

5.1. AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE – AIS

No bojo das propostas apresentadas pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, criada em 1981 no âmbito da Previdência Social, aparece como uma das 4 linhas básicas de ação, a maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde. Chamada inicialmente de Programa das Ações Integradas de Saúde – PAIS posteriormente é transformada em Ações Integradas de Saúde - AIS. Passa a não ser um programa institucional e se transforma em uma estratégia de reorientação do modelo de assistência.

O Conselho criado a partir da crise da Previdência da década de 80, apresenta um Plano que se pretendia de alteração gradual, porém substantiva do

modelo da assistência médica previdenciária, inclusive, e principalmente, através de medidas racionalizadoras de custos.

As quatro linhas de ação do Plano CONASP:

1. Racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar privada, através da implantação de um novo (aperfeiçoamento burocrático do anterior) modelo de controle de pagamento de contas hospitalares – “Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social” – (Sistema AIH);
2. Reorganização dos serviços ambulatoriais próprios (Pams) e contratados (médicos/clínicas credenciados), hierarquizando-os, através da implantação do “Projeto de Racionalização da Assistência Ambulatorial – INAMPS/Credenciados”;
3. Maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde, através da implantação do “Convênio Trilateral – MPAS/MS/SES, substituído posteriormente pelas “Ações Integradas de Saúde”;
4. Valorização do quadro próprio de recursos humanos, através de política específica.

(Relatório Final da Reunião de Trabalho sobre as AIS pág.9, da SES/GO sobre Histórico da Implantação dos SUDS)

A partir da utilização das Ações Integradas de Saúde como estratégia de reformulação do modelo de assistência esta é destacada como importante processo de implementação das experiências municipais em andamento.

É importante ressaltar que o processo de implantação das AIS não foi pacífico do ponto de vista da direção geral do Inamps. Além das dificuldades com a falta de recursos financeiros (afinal um dos fatores, ou o principal deles, para a criação do Plano Conasp, é exatamente a crise financeira) "... a proposta enfrentou grandes resistências internas por parte de um aparelho de estado fortemente hegemônico pelas posturas privatizantes, favorável à manutenção da política até então vigente de compra de serviços na rede privada de saúde". (SCOREL, 1998, p.184).

O autor compartilha desta análise, pois se encontrava na Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e as propostas das AIS na superintendência regional, e nas locais, do Inamps no estado não eram consideradas prioritárias e não estando desta forma na ordem do dia.

Os primeiros convênios das AIS foram assinados em meados de 1983. Foram criados para viabilização da proposta comissões interinstitucionais visando a gestão dos serviços públicos. É importante destacar que estes convênios foram assinados inicialmente pelos Estados, através das Secretarias Estaduais de Saúde, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação e Cultura. O convênio, entre outras cláusulas, previa o pagamento pelo MPAS/INAMPS dos serviços prestados pelas unidades próprias do estado de todas as ações realizadas independentemente do vínculo previdenciário ou não do paciente atendido. Com a assinatura do convênio entre o Estado e a União, foi se incorporando posteriormente os municípios. Da mesma forma todas as ações e serviços ofertados pelas secretarias municipais de saúde foram sendo pagos diretamente pelo convênio, através do MPAS/INAMPS.

As Ações Integradas de Saúde cumpriram um poderoso papel de implementação dos serviços municipais, através da criação de secretarias municipais e principalmente através da expansão da rede básica ambulatorial.

Importante evento de avaliação das Ações Integradas de Saúde foi realizada em Curitiba em agosto de 1984. Neste evento promovido pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES e pela Secretaria de Saúde e Bem Estar do Paraná – SESB foi possível avaliar a implantação das AIS e propostas de superação dos problemas. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, p. 91)

A análise das deliberações surgidas do evento serve de importante pista para os posteriores desdobramentos ocorridos no movimento da reforma sanitária. Destaco abaixo resumo dos 10 pontos das considerações finais sobre as AIS. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados, p.11-12)

1. Direito à saúde como direito inalienável do cidadão, “independente de este possuir ou não vínculos trabalhistas”.
2. A constituição de serviços municipais de saúde, “entendida como a responsabilidade das Prefeituras Municipais na organização e operação de serviços básicos de saúde”.
3. A organização de sistemas municipais e do Sistema Estadual de Saúde voltada ao atendimento dos perfis de morbi-mortalidade específicos. A incorporação dos diferentes sistemas estaduais deverá constituir o “Sistema Federado de Saúde”
4. As comissões interinstitucionais de Saúde – CIS deverão se constituir em gestores do sistema estadual e municipal incluindo o relacionamento com o setor privado.

5. A co-gestão deverá ser entendida como “co-participação das ações integradas, na tomada de decisão sobre sua execução e no acompanhamento e controle das mesmas, devendo se constituir no princípio básico de trabalho das CIS”.
6. A organização do Sistema Estadual de Saúde tendo como base a hierarquização e regionalização dos serviços, com definição de papéis entre as Unidades Sanitárias Estaduais e Municipais, Postos de Assistência Médicas do Inamps e médicos credenciados.
7. O financiamento dos serviços como questão fundamental na organização dos sistemas municipais considerando inclusive a necessidade de uma reforma tributária que contemple novas formas de financiamento para o setor.
8. A co-participação do Inamps no orçamento das secretarias estaduais e municipais deverá ser constituída através da criação de um fundo único para sustentar as necessidades de custeio e investimentos. Entende-se como provisório que “as modalidades de repasse financeiro hoje existentes que caracterizam compra e venda de serviços devem ser entendidas como transitórias...”
9. “A democratização dos serviços é diretriz prioritária na organização dos sistemas municipais do Sistema Estadual de Saúde”.
10. As AIS como estratégia prioritária na constituição dos sistemas estaduais de saúde.

5.2. A VITÓRIA DAS OPOSIÇÕES NAS ELEIÇÕES DIRETAS PARA GOVERNADORES EM 1982

As eleições diretas para governadores ocorridas em 1982, a primeira desde 1966, é importante passo para o projeto de do processo de municipalização.

O Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB e o Partido Democrático Trabalhista – PDT, representando a oposição ao regime elege, através do voto direto, governadores em 10 dos 22 estados da Federação. Destes estados, nove são do PMDB e um do PDT. A oposição sai vitoriosa nos 3 estados mais importantes, do ponto de vista eleitoral, econômico e político: São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, ganhando ainda no Paraná, em Goiás, no Ceará, no Mato Grosso do Sul entre outros. (Retrato do Brasil, 1984, p. 377)

Com propostas de mudanças, principalmente nas áreas sociais, estes partidos tinham em seus quadros de militância, além de diversos parlamentares, ativos participantes do Simpósio da Câmara Federal realizado em 1979, muitos outros novos militantes recém saídos dos bancos da academia ou de experiências bem sucedidas na implantação de serviços municipais de saúde. Muitos destes são escolhidos pelos novos governadores para serem secretários de saúde estaduais. Como principal proposta destes novos secretários está a descentralização, através da municipalização das ações e serviços, com transferência de unidades próprias do estado e a expansão com a construção e aquisição de equipamentos de unidades municipais.

É possível afirmar que o processo de implantação de serviços municipais de saúde oriundos das experiências pioneiras ocorridas, notadamente, a partir de 75, tem neste início da década de 80 dois importantes componentes aliados e propulsores: a estratégia das Ações Integradas de Saúde e a posse de secretários comprometidos com as mudanças do setor saúde.

O autor achou importante entrevistar todos os secretários estaduais de saúde do período compreendido entre os anos de 83-87. Foi possível contatar com 5 destes, porém somente 3 encaminharam as entrevistas: Luiz Cordoni Junior - SES/Paraná, Eduardo de Azeredo Costa – SES/Rio de Janeiro e Eugênio Vilaça Mendes – SES/Minas Gerais (este secretário adjunto). Mesmo reconhecendo que em um total de 9 secretários, 3 não é um número para uma pesquisa muito representativa, o autor entendeu como oportuno estar apresentando as principais conclusões e assertivas destes dirigentes.

Todos foram unânimes em apontar o processo de descentralização/municipalização como a principal estratégia da gestão. Apesar de que somente o secretário de saúde do Paraná apontou como muito importante o projeto de mudanças proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária – os outros dois apontam como medianamente importante e pouco importante - todos os três tiveram participação, em graus diferenciados, nos movimentos da saúde quer como estudante quer como docentes ou como militantes políticos partidários.

Luiz Cordoni: "Particpei da criação do Cebes e sua versão londrinense o Celes ... particpei intensamente, ocupando cargos na diretoria e ajudando a criar instrumentos de difusão das idéias da Reforma como mesas redondas e publicações. Já filiado ao PMDB, fui coordenador do grupo de saúde da candidatura de José Richa ao governo do Paraná". (CORDONI JUNIOR, 2002).

Eduardo Azeredo: "Em 1979 fui para o exterior (Inglaterra) só voltando em outubro de 1981. Quando voltei me filiei ao PDT e organizei o grupo de saúde, mais tarde denominado movimento socialista da saúde. Nossas teses ficaram fortalecidas pela minha aprofundada no sistema inglês e pelos questionamentos que Brizola fazia ao desaparecimento do tradicional médico de família. Ainda em 1982, meus contatos em Cuba me davam a notícia que Fidel estava começando a implantar o programa de médicos de família. Assim, nosso movimento em 1982/83 não estava mais em torno do Cebes. Nos separamos

seguindo outra linha, até porque, no Rio, éramos também de oposição ao PMDB que o Partidão apoiava”. (AZEREDO, 2002).

Eugênio Vilaça Mendes: “Era funcionário de carreira da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e, também, um professor universitário em três universidades, a UFMG, a UNIMONTES e a PUC. Isso me possibilitou desempenhar certas funções diretivas na máquina estatal, a partir da década de 70, ao tempo em que tinha um espaço de reflexão teórica e de produção de alternativas concretas na Universidade”.(MENDES, 2002).

Um dos depoimentos importantes e que extrapolam as ações de saúde para o campo da política mais geral é de Eugenio Vilaça:

“O plano estratégico da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, no período, foi desenhado em função de um objetivo maior, viabilizar a transição do regime autoritário para o regime democrático, o que passava pela eleição de Tancredo Neves para a Presidência da República. A reforma sanitária era e foi um objeto muito secundário neste período governamental”. (MENDES, 2002).

Mesmo assim é importante destacar a utilização pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais das Ações Integradas de Saúde como estratégia de ação.

“O movimento principal do período foi à implantação das Ações Integradas de Saúde, especialmente na Região Metropolitana de Belo Horizonte, o que tinha a ver com a estratégia maior da viabilização da transição democrática”. (MENDES, 2002).

“Creio que as AIS foram implementadas na região metropolitana de Belo Horizonte e em cidades maiores como Juiz de Fora e algumas cidades do Sul de MG. Eram os espaços onde podíamos driblar a vigilância de setores da ARENA

e setores não democráticos que controlavam as ações do Governo Tancredo Neves". (MENDES, 2002).

Em relação as principais propostas orientadoras da gestão das secretarias estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná, já que as propostas de Minas Gerais foram explicitadas anteriormente, destacaria:

"A descentralização foi estimulada através da municipalização com a SES criando facilidades para os municípios constituírem suas redes básicas de serviços". (CORDONI JUNIOR, 2002).

"A participação foi fortemente estimulada, em primeiro lugar em fóruns internos e em seguida através de grandes encontros populares de saúde". (CORDONI JUNIOR, 2002).

"Saúde acima de tudo": slogan que permitia mostrar que apesar de ser oposição, não seriam discriminados prefeitos ou entidades com vínculos com o governo federal. (AZEREDO, 2002).

Priorização da atenção primária com duas vertentes: "todos a postos nos postos de saúde" e Democratização da saúde. (AZEREDO, 2002).

É interessante destacar também outras propostas de ação realizadas pelos secretários dos estados entrevistados. Em relação ao Fundo de Saúde, proposta esta aprovada no relatório final de Simpósio da Câmara, somente a SES do Rio de Janeiro tentou implementá-la (foi vetada pela Secretaria da Fazenda), a SES do Paraná desconhecia esta proposta e a SES de Minas Gerais não levou em conta. Em relação a incorporação do Inamps a SES, tanto a SES de Minas Gerais como a do Rio de Janeiro destacaram a importância através de "funcionamos integrados" (AZEREDO, 2002) e "no período houve uma articulação dessas instituições através das AIS" (MENDES, 2002). Ampliação de recursos financeiros

foi também destaque nas propostas das SES-RJ (AZEREDO, 2002) e SES-PR (CORDONI JUNIOR, 2002).

Uma das perguntas referia-se ao papel que os diversos atores da sociedade tiveram na implementação da política de saúde da gestão. Foi solicitado aos entrevistados classificar os diversos atores através de notas. No caso da SES-MG classificaram-se todos os atores como neutros no processo de implementação da gestão. Provavelmente devido a estratégia de uma política mais geral realizada pela Secretaria.

No caso da SES-PR destaca-se como muito favorável o apoio do governador do Paraná e dos servidores. Como favorável os parlamentares da situação, de alguns secretários meios, de prefeitos municipais, da comunidade e da Igreja Católica. Como neutro a Comissão de saúde da assembléia, secretários fins e parlamentares de oposição.

No caso da SES-RJ como muito favorável os parlamentares da situação e as secretaria meios de Educação e Bem Estar Social, Defesa Civil e Meio Ambiente e Saneamento. Como favorável a Comissão de Saúde da Assembléia, a Casa Civil, os servidores (com exceção os médicos) e a comunidade. É interessante destacar que na avaliação dos dois secretários entrevistados somente a SES-PR, considerou como ator desfavorável à gestão da saúde os parlamentares de oposição.

5.3. A IMPLANTAÇÃO DA NOVA REPÚBLICA

O agravamento da crise econômica e política; o fracionamento da base de sustentação do regime com a criação do Partido Popular - PP – constituído de dissidentes da ARENA e do MDB, com posterior incorporação deste partido ao PMDB; a eleição de governadores de oposição em nove estados, dentre eles de mais alta importância como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais e conseqüente eleição de senadores, apesar de diversas manobras eleitorais, incluindo o voto vinculado – o eleitor teria que votar no candidato do mesmo partido para vereador, prefeito, deputado estadual, deputado federal, senador e governador (motivo inclusive de incorporação do PP ao PMDB); a mobilização de sindicatos e organizações de trabalhadores cria um ambiente bastante favorável para que uma proposta de emenda visando na Constituição Federal, visando as eleições diretas para presidente, chamada emenda Dante de Oliveira (nome do seu autor) tenha um nível de mobilização da sociedade como nunca visto no país.

A emenda das Diretas (ou Dante de Oliveira) cria o movimento Diretas-Já que mobilizou no ano de 1984, de 12 de janeiro até meados de junho, quando foi votada e derrotada no congresso, milhões de pessoas nas ruas de todas as capitais e grandes cidades do país. Alguns comícios chegaram a ter a participação de mais de um milhão de pessoas envolvendo todas as lideranças da oposição, legais ou não, aglutinadas no PMDB, no PDT e no PT e importantes personalidades supra partidárias.

Apesar da derrota da emenda o movimento pró-eleições diretas para presidente da republica continuava, tanto “nas ruas” pela mobilização da sociedade, como, e principalmente, nos gabinetes de governadores, do congresso e em outros fóruns menos “públicos” e mais privados.

Esta mobilização teve um reforço expressivo e muito forte com a cisão do partido de sustentação do regime, a Aliança Renovadora Nacional, após a eleição, na sua convenção, do ex-governador de São Paulo, Paulo Maluf como candidato a Presidente da República, em detrimento do candidato oficial deste partido que era o ex-ministro Mario Andreazza.

Esta cisão no partido de sustentação do regime de exceção possibilitou a divisão da ARENA e a criação do Partido da Frente Liberal – PFL.

A união do PMDB e do PFL cria as condições objetivas políticas e eleitorais para a eleição de um candidato de oposição no Colégio Eleitoral. O candidato desta coligação era o ex-governador de Minas Gerais, eleito nas eleições diretas para governador em 1982 pelo PMDB, Tancredo Neves.

A chapa Tancredo Neves – José Sarney (recém saído dos quadros da Arena) disputa e vence no Colégio Eleitoral eleição indireta para Presidente em novembro (será outubro) de 1984.

Sua posse em 1985 não foi possível devido a grave enfermidade (veio a falecer em 21 de abril do mesmo ano), porém o vice José Sarney toma posse e instaura a Nova República. Esta denominação, Nova República, deve-se a fala do próprio Tancredo durante o processo eleitoral querendo caracterizar novo momento na vida nacional de mudanças com democracia, após os 21 anos de regime de exceção.

A Nova Republica assume com compromissos de mudança, nas áreas políticas, econômicas e sociais. Nesta se insere a questão saúde. Dentro de toda a trajetória alcançada pelo movimento é natural que significativas figuras do movimento sanitário assumam responsabilidades no aparelho de estado.

Com o apoio dos ministros da área da saúde e da previdência social, Carlos Santana e Waldir Pires respectivamente, assumem cargos Eleutério Rodrigues Neto (secretário executivo do Ministério da Saúde), Sergio Arouca (presidente da Fiocruz), Hésio Cordeiro (presidente do Inamps), José Saraiva Felipe (a Secretaria de Serviços Médicos do MPAS), entre muitos outros em cargos nos níveis federal e estadual. (CORDEIRO, 1991 p. 41).

É necessário afirmar que o processo de indicações dos cargos foi um momento de muita disputa das diversas forças que apoiavam o governo Tancredo. Conforme Hésio Cordeiro no livro *As origens do SUS* ressalta “Contudo, o que era consensual (entre as diversas forças de apoio na área da saúde) dizia muito mais de perto à reordenação institucional no âmbito federal (a transferência do INAMPS e da CEME para o MS)...”A trégua estava rompida e, excetuando-se a luta por uma maior fatia de recursos para a saúde, nada mais coincidia nas peregrinações à Brasília para intermináveis reuniões com parlamentares para apoio aos projetos e para as indicações dos futuros dirigentes”. (CORDEIRO, 1991, p.41).

”Para a presidência do INAMPS o movimento sanitário fixava-se em dois nomes para sugerir ao ministro do MPAS, Waldir Pires: Guilherme Rodrigues da Silva (professor titular da USP) e Hésio Cordeiro (professor do Instituto de Medicina Social da UERJ), apoiador por parlamentares de diversos partidos, por entidades sindicais de médicos e de profissionais de saúde, pela comunidade científica e, pouco a pouco, por associações de prefeitos municipais, de secretarias municipais de Saúde, e outras entidades da sociedade civil”. (CORDEIRO, 1991, p. 41)

“Falava-se de Francisco Beduski, do Paraná, como o nome preferido pelo setor privado, por parlamentares do estado do Paraná e por forças políticas liberais e conservadoras”. (CORDEIRO, 1991, p. 41).

Destaque-se que os dois indicados pelas forças progressistas da saúde tiveram papel relevante no primeiro simpósio da Câmara ocorrido a tão somente 7 anos atrás. Em tão pouco tempo o movimento sanitário passava de um movimento alternativo da saúde para uma alternativa de poder. Esta indicação somente será feita em maio de 85, mais de sessenta dias após o início da Nova República.

Recorde-se que se por um lado Francisco Beduski, neste momento, apesar de não ter sido contemplado com cargo no nível central do Inamps, o seu agrupamento representado e apoiado pelas forças liberais e conservadores indicaram o superintendente do Inamps no Paraná. E Beduski teve importância na direção daquela superintendência. Além disso, é necessário lembrar que Beduski não foi para o Inamps, mas assumiu a superintendência da SUCAM. Inclusive, e muita pouca gente se lembra disso, foi o vice-presidente da 8ª Conferência de Saúde. (CORDEIRO, 1991, p. 81).

Posteriormente, no período da votação dos 5 anos para o Presidente Sarney, os parlamentares do Paraná tiveram e, Beduski novamente, importância significativa nos rumos da saúde brasileira através de cargos no Ministério da Saúde, incluindo Borges da Silveira, Ministro da Saúde. Conseguiram neste período “unificar” a direção da Secretaria Estadual de Saúde com a superintendência do Inamps do Paraná com a nomeação do secretário estadual de saúde Delcino Tavares como superintendente do Inamps. Mesmo que para isso tivessem que desnomear um superintendente que havia sido nomeado, Luiz Cordoni Junior (ex-secretário de saúde do Paraná), em 24 horas.

Esta nossa história, apesar de andar para frente, dá muitas vezes a impressão que anda para trás.

Mas esta é outra história e não cabe nesta dissertação. Quem quiser e achar interessante que escreva.

Um momento de muito debate e de antagonismos entre as forças progressistas do movimento sanitário se deu com a proposta oriunda de uma subcomissão da Comissão do Plano de Ação Governamental -COPAG - que, entre outras propostas, sugeria “a imediata transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, o que deveria ocorrer por efeito de decreto presidencial.” (CORDEIRO, 1991, P. 40).

De um lado o Ministro da Saúde Carlos Santana, o secretário executivo de Ministério Eleutério Rodrigues Neto e dirigentes do Ministério insistiam na proposta da COPAG e pelo outro os quadros do Ministério da Previdência e da Assistência Social, apesar de reconhecer a importância da proposta, entendiam ser necessário transpor muitos obstáculos até se alcançar este objetivo. O autor observa que estas considerações foram extraídas do livro *As origens do SUS* de autoria de Hésio Cordeiro não sendo possível ouvir o lado que se refere ao Ministério da Saúde. Ainda no livro é citado que “A Secretaria de Serviços Médicos, a direção geral do Inamps e a direção da Fiocruz mantiveram canais de comunicação para impedir o fracionamento do movimento e o enfraquecimento das propostas. Um importante papel foi desempenhado pelas entidades de representação, como a Federação Nacional dos Médicos, o Conselho Federal de Medicina, sindicatos médicos, de enfermagem e outras proporcionais no sentido de cobrar do poder público a viabilização do projeto de unificação do sistema de saúde”. (CORDEIRO, 1991, p. 80).

Como recorte histórico o autor destaca que em 1990 o Inamps passou a integrar o Ministério da Saúde e sua extinção se dará somente pela Lei nº 8689 em 27 de julho de 1993, tendo como presidente da República Itamar Franco e ministro da saúde Jamil Haddad. (REHEM, 2002, p. 15).

5.4. A ACADEMIA, OS SERVIÇOS E A POLÍTICA FINALMENTE ALCANÇAM O POVO: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

A 8ª Conferência é realizada em março de 1985 em Brasília e contou com a “participação de 1.000 delegados com direito a voto e cerca de 3.000 participantes”. (CORDEIRO, 1991, p. 81).

Fruto de um amplo processo de discussão realizado através de milhares de conferências municipais e de conferências estaduais é parte do contexto amplo de reformas pelas quais passava o país. Com um ano de instauração da Nova República, sua consolidação do ponto de vista político com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, sua consolidação do ponto de vista econômico com a implantação do Plano Cruzado, que entre outras medidas congelou preços e acabou com a inflação; o país vivia um intenso processo de mudanças e esperanças.

É de se destacar que a abertura da Conferência é realizada pelo próprio Presidente da República José Sarney que em seu discurso conclama a participação da sociedade “...com sentimento democrático e com grande espírito de construir”. Aponta para a opção pelo social que o Governo fez tendo “...o dever de zelar pelas condições de saúde física da população. Esse o sentimento da minha presença neste encontro”. Insere a discussão “...do desenvolvimento considerável do sistema de atenção médico-hospitalar...” sem a devida “...generalização do acesso...”. Além de “...não se conferiu a efetiva prioridade às ações de caráter preventivo e de alcance coletivo, relativamente àquelas de natureza curativa e de alcance individual”. Na questão mais política do encontro intui: “...Faço votos de que esta conferência, pela abrangência de seus temas, pela profundidade de seus debates, pelo clima de devotamento que está presidindo as suas discussões, represente a pré-Constituinte da saúde no Brasil” (Documento I da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, p. 7-9).

Vale lembrar este registro histórico, não só pelas teses defendidas em seu discurso, porém, também, como a única abertura de uma Conferência de Saúde - pelo menos pós-advento da Nova República e sendo realizada com ampla participação popular - feita pelo próprio Presidente da República.

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 47).

O relatório final foi dividido em quatro partes: Introdução e, obedecendo aos temas debatidos, Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor.

A introdução apresenta a sistemática do relatório final incluindo os dois níveis de discussão que ocorreram: um durante os 3 dias de debate nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes) e outro na discussão do documento realizado na plenária final.

Na introdução do relatório é destacado alguns pontos que "...numa simples leitura das conclusões referentes aos três temas, não se revelam com a necessária ênfase".(Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados - SUDS – p. 47).

1. Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.

2. A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou

não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição “estatização da indústria farmacêutica” aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

3. Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo à separação da “Saúde” da “Previdência”. O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social deveria encarregar das ações próprias de “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes.

4. No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial. O relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde – SUDS, p. 48-8).

Saúde como Direito

O tema saúde como direito é discutido na Conferência como base de uma nova visão de políticas públicas. Em 13 considerações o tema amplia o conceito de saúde. “Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços

de saúde”.(Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS p. 48).

Considera a saúde não como conceito abstrato, mas o direito a saúde como a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário. Não pode ser visto somente como um direito formalizado na constituição do país.

Os vários considerandos do tema reforçam os dois conceitos e diretrizes do novo modelo de saúde: o direito à saúde como direito do cidadão e dever do estado e o conceito de saúde como um conceito mais amplo do que simplesmente o atendimento às doenças.

Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Em 27 itens este assunto é tratado tendo como diretriz que o novo sistema de saúde deve atender aos seus princípios básicos: a saúde como direito e com uma visão abrangente.

Aponta para “...um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária”. Este novo sistema “...deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim”. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 51).

Ressalta os princípios que irão guiar o novo Sistema de Saúde:

- a) Referente à organização dos serviços contemplando resumidamente a descentralização na gestão, integralidade das ações, superando a dicotomia entre o preventivo e o curativo, a unidade na condução das políticas setoriais,

regionalização e hierarquização das unidades, participação da população, fortalecimento do papel do município e introdução de práticas alternativas de assistência à saúde.

- b) Atinentes às condições de acesso e qualidade contemplando resumidamente a descentralização, a equidade, ao atendimento oportuno segundo as necessidades, o respeito à dignidade dos usuários, direito de acompanhamento a doentes e direito à assistência psicológica.
- c) Relacionados com a política de recursos humanos contemplando resumidamente remuneração condigna e isonomia salarial entre os níveis federais, estaduais e municipais, capacitação e reciclagem permanente, admissão através de concurso público, estabilidade no emprego, composição de equipe multiprofissional, compromisso dos servidores, cumprimento de carga horária, direito a greve e de sindicalização, formação, inclusão no currículo de práticas alternativas e incorporação dos agentes populares como pessoal remunerado.

O documento indica que o principal objetivo do novo sistema é o fortalecimento do setor estatal, "... tendo como meta uma progressiva estatização do setor". (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 51-2).

A reformulação do setor, conforme o documento, lista as principais atribuições do:

Nível federal: formulação e condução da política nacional, definição de políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento, condução e execução de programas emergenciais.

Nível estadual: gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na unidade federativa, elaboração do plano diretor no estado

(inclusive as atividades do setor privado), prestação de serviços de saúde assim como vigilância sanitária e epidemiológica, coordenação do sistema estadual de saúde, responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional notadamente os de caráter secundário e terciário, ou outros que pelo grau de complexidade não possam ser executados pelos municípios.

Nível municipal: sua definição será dada de acordo com as características e peculiaridades de cada caso. Como responsabilidade mínima o município terá a gestão dos serviços básicos de saúde. Os municípios de grande porte terão ao seu encargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 53).

Em relação a produção de bens de saúde a conferência delibera sobre o fortalecimento dos laboratórios e das indústrias de equipamento e a estatização de setores estratégicos de produção de imunobiológicos e na produção e comercialização de sangue, além da estatização da indústria farmacêutica.

Indica a necessidade de criação de um novo Conselho Nacional de Saúde com participação de dos Ministérios da área social, governos estaduais e municipais, entidades civis de caráter nacional, partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares.

Para realizar todas as tarefas inclui-se nas deliberações a necessidade do aprofundamento das teses visando subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte. Desta forma foi proposto a criação do Grupo Executivo da Reforma sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada.

Financiamento do Setor

Este tema foi debatido e sua redação final aponta 9 itens. Pretende montar todo um arcabouço de como deverão ser constituídos os recursos para o financiamento do setor saúde.

Um dos itens apresenta como proposta aprovada o “...orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais.” (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 56).

Como a idéia é a constituição de um fundo único para as políticas sociais uma parcela deste fundo irá constituir o Fundo Único Federal de Saúde. Estes mesmos fundos serão constituídos nos Estados e Municípios.

Estes fundos serão geridos com participação da sociedade organizada, serão prefixados de percentual mínimo sobre as receitas públicas.

Como forma de financiamento anota ainda que “Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde...”.(Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 56).

As deliberações da conferência em relação ao financiamento indicam ainda formas de financiamento diferentes das atuais, por exemplo, deixando de “...incidir sobre as folhas de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital.” (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 56).

Apesar de que a plenária entendia da necessidade de mais recursos para a previdência ressalta no seu item 7 que o percentual de desconto do salário deverá ser reduzido além suprimir os descontos das aposentadorias.

O item 9 das deliberações referente a Financiamento é bastante interessante pois ao indicar a descentralização como um dos princípios do novo sistema de saúde, coloca que esta descentralização somente irá ocorrer com uma reforma tributária. Alguns pontos desta reforma tributária: regressividade das formas de financiamento, necessidade de fontes estáveis de financiamento, que o Governo Federal reduza as desigualdades regionais, eliminação das deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas e reveja critérios das pessoas físicas, crie taxação de bens de consumo nocivos à saúde, fontes adicionais de taxação de indústrias poluentes, eliminação de da isenção de tributação de ganhos de categorias tais como: militares, magistrados, parlamentares, destinação aos Fundos de Saúde de um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos e tributação de empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho.

Ainda no campo das novas práticas dos anos 80, é necessário destacar, como fruto do acúmulo dos períodos anteriores, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

5.5. O SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE – SUDS

As Ações Integradas de Saúde, - as AIS, conforme visto anteriormente, promoveu, além do processo de integração do MPAS e do Ministério da Saúde e as instâncias estaduais e municipais, foi fator fundamental de estímulos a criação de uma rede de serviços e experiências municipais. Este processo além do esperado efeito de reduzir custos e otimizar a rede pública, ampliou o acesso a assistência médico-sanitária as populações até então a margem dos serviços, propiciou a incorporação de experiências inovadoras desenvolvidas pelas instituições e organizações mais próximas da população, possibilitou a criação de instrumentos de gerenciamentos com a participação de representantes da sociedade, e estabelecendo como idéia motriz a ênfase na atenção básica, diminuindo, desta forma, a concentração do atendimento na rede hospitalar.

Como parte do projeto da Nova República na área social, os Ministros da Previdência e Assistência Social e da Saúde, respectivamente, Raphael de Almeida Magalhães e Roberto Santos, submeteram a deliberação do Presidente da República o Decreto nº 94.657 de julho de 1987, acompanhada da Exposição de Motivos nº 31, de 10 de julho de 87, propondo a criação do Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 121).

A criação do SUDS tinha como objetivo central a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS. Em vez de ruptura com o modelo anterior, rotina largamente empregada na administração pública brasileira, o novo sistema reconhecia os êxitos alcançados pelas AIS, mas identificava a necessidade de aperfeiçoar o modelo anterior com o aprofundamento dos compromissos entre as esferas de governos, com a celebração de mecanismos institucionais que regulassem estas relações, em consonância com o projeto propugnado pela Reforma Sanitária de reformulação do Sistema Nacional de Saúde –SNS.

Reconhecendo que as transformações no setor saúde, na direção apontada pelo projeto de Reforma Sanitária, teriam que ser submetidas ao Congresso Nacional, por envolver postulados constitucionais visando o estabelecimento da saúde como direito de cidadania e como dever do Estado, o governo realiza um movimento tático, criando através de Decreto presidencial as diretrizes gerais do novo modelo que, num segundo momento, permitiria a reformulação da Lei do SNS e à adequação da legislação ordinária dela derivada. Nesse contexto, o SUDS deve ser entendido como o estabelecimento de bases de uma política comum, de curto prazo, que fosse ao mesmo tempo coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, e que expressassem os elementos de consenso alcançados na sociedade brasileira.

Tendo como origem as AIS e na esteira de êxito de sua experiência, que havia atingido uma amplitude de 2.500 municípios e cobertura de 90% da população, o SUDS propunha outra perspectiva para o setor saúde, com uma proposta que transcendia a simples racionalização, transferência e integração de recursos financeiros, físicos e humanos, marcas do modelo vigente, instrumentalizadas através de convênios entre instituições públicas. Assim, no item 6 da Exposição de Motivos nº 31/87 propunha a reconcepção teórica e operativa das AIS “... em busca de novas formas de organização descentralizadas, integrada e democratizada, com gestão colegiada, que atinja todas as instituições, direta ou indiretamente, relacionadas com o setor público, com todos os seus recursos e com todas as suas atividades, no sentido de dar uma resposta as necessidades da população segundo critérios epidemiológico-sociais”. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 122).

Para o alcance de tais propósitos, impunha-se a redefinição das atribuições dos três níveis federativos, com ênfase na complementaridade na redistribuição regional de renda no país, com a precisa delimitação dos papéis da União Federal, paralelamente a um processo de estadualização e, através deste,

da municipalização dos serviços e ações de saúde. Na definição de competências o SUDS atribui no item 8 da E.M. 31/87: a União a gestão, coordenação, controle e avaliação do SNS; a elaboração do Plano Nacional de Saúde; a execução direta de serviços, de pesquisa e cooperação técnica, de abrangência nacional; regulação das relações entre o setor público e privado; a normatização; e a redistribuição geográfica dos recursos do SNS. Aos Estados a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Estadual de Saúde; adaptação das normas e diretrizes federais ao Sistema Estadual de Saúde; execução direta de serviços de abrangência estadual ou micro-regional; elaboração e coordenação do Plano Estadual de saúde; e participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas. Aos Municípios cabia a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde; execução direta de serviços de abrangência municipal, principalmente os de atenção básica e de controle de endemias; participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas.

Este conjunto de mudança, com o estabelecimento de parcerias entre as diferentes esferas de governo, indicava claramente na direção de alterações na organização e funcionamento do SNS, onde os estados e municípios passavam a assumir de forma compartilhada a responsabilidades até então exclusivas da União, na definição e operacionalização da política de saúde no Brasil. Rompendo com a tradição da elaboração e implementação de programas e projetos de forma concentrada e centralizada na esfera federal, inicia-se através do Planejamento e Orçamentos Integrados entre as unidades federadas, uma nova fase na sistematização e operacionalização do sistema de saúde, conferindo ao setor não apenas racionalidade técnica, mas também, a transferência paulatina do poder decisório.

Dentre as mudanças mais significativas que devemos realçadas, a partir da criação do SUDS, destacamos:

1. A transferência de parcela do poder decisório para as esferas estaduais e municipais, inclusive quanto ao controle e fiscalização de prestadores de serviços, sejam públicos ou privados;
2. A elaboração de um planejamento conjunto, envolvendo os aspectos orçamentários e a integração dos recursos humanos, físicos e materiais, sob coordenação única de acordo com a complexidade dos serviços de saúde; Assim, expresso no item 14 da E.M. nº 31/87: “O processo de programação e orçamentação integrado deverá ser aperfeiçoado no sentido de conter o conjunto de recursos das instituições, de se constituir no instrumento básico de gestão colegiada, de ser um elemento de compatibilização entre necessidades expressas epidemiologicamente e os recursos disponíveis para satisfazê-las e, finalmente, ter como seu objetivo programático o distrito sanitário para, a partir daí, ir-se consolidando em planos municipais e/ou micro-regionais, estaduais e nacional”; (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, p. 124)
3. A União deixa de realizar transferências de recursos financeiros com base no pagamento por produção realizada pelos outros entes federados, passando a vigorar o aporte de recursos com fundamento nos Planos de Saúde, elaborados e acordados entre as representações das três esferas de governo. Modificam-se as relações entre os organismos públicos deixando o pagamento por produção, passando a vigorar as transferências mediante convênios, celebrados com fundamentos em mecanismos de orçamentos integrados;
4. Maior autonomia na coordenação, gestão e normatização do sistema de saúde pelas instâncias federadas, gerando maior eficiência e eficácia no sistema;
5. Aumento na capacidade de execução das ações e serviços de saúde pelos governos estaduais e municipais, em decorrência do incremento do montante de recursos financeiros transferidos, além da garantia de um fluxo mais estável desses repasses financeiros;

6. Incorporação da participação popular, através de representantes da sociedade, nos órgãos colegiados, definidores das prioridades sanitárias estaduais e municipais. Agregando experiências no gerenciamento dos serviços de saúde através da participação direta da sociedade nas instâncias colegiadas, constituindo importante inovação na formulação e implementação das políticas do setor. A participação popular é reconhecida na E.M; nº 31/87, no item 20 como " ... a criação de uma identidade recíproca entre os serviços e a população, onde haja uma mútua transparência, resgatando-se as pessoas como sujeitos dos serviços a ela oferecidos, e não como simples objetos. De tal forma, que a população reconheça nos serviços os *seus* serviços e, os serviços, na população, a *sua* população, criando-se, assim, uma identificação que de um lado permitirá a abordagem epidemiológica e de outro, o controle social dos serviços". (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, SUDS, p. 125).
7. Compromisso expresso de desconcentrar o poder federal, mediante a subordinação de suas representações estaduais ao órgão colegiado estadual, responsável pela coordenação das ações e serviços, iniciando, assim, o processo de extinção da sobreposição e duplicação de organismos e instituições na execução e organização do setor saúde, reduzindo os desperdícios financeiros, e otimizando os recursos existentes;
8. Aponta que a base da organização espacial e funcional do novo sistema deva ser os distritos sanitários, entendidos como o módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e com algum grau de autonomia decisória. Apresentado no item 21 da E.M. nº31/87 os seguintes pressupostos: a organização distrital seja coerente com as particularidades geopolíticas e sanitárias de determinada área; sejam compostos de um conjunto de unidades ordenadas, segundo graus de complexidade, dados pela tecnologia que utilizam e pela natureza dos procedimentos médico-sanitários que executam; que guardem entre si, uma relação de complementaridade técnica e funcional, através de mecanismos eficazes de

referência e contra-referência; uma definição clara de responsabilidade de uma autoridade sanitária quanto à administração da questão saúde em relação a determinada população.

9. A proposta de implantação dos distritos sanitários, através da estratégia do SUDS, seguia a definição de um conjunto de princípios gerais, consoante ao ideário da Reforma Sanitária, dentre eles a integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, territorialidade, descentralização das ações de saúde, continuidade da atenção, interinstitucionalidade, intersetorialidade e controle social;
10. A gestão do SUDS passa a ser realizada de forma colegiada através da Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS -, envolvendo representantes de órgãos e instituições das três esferas de governo e representantes da sociedade, e definida com caráter predominantemente executivo de acordo com as políticas e diretrizes estabelecidas pelo Conselho Estadual de Saúde - CES -, responsável pela coordenação estadual do sistema de saúde.

Tendo como referência a projeto da Reforma Sanitária, o SUDS deve ser entendido como superação da etapa das AIS, no sentido de aprofundar qualitativamente o modelo de atenção à saúde em direção a formulação de postulados constitucionais que pudessem ser posteriormente consolidados e aperfeiçoados durante o processo de elaboração da nova Constituição Federal, que já encontrava-se em fase de discussão de propostas e definição de marcos legais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período analisado, desde a conformação inicial das idéias na academia e na criação do CEBES em 1975 até a Constituição de 88, é possível indicar 3 grandes momentos da sistematização das idéias, 3 grandes momentos da prática do movimento e 4 grandes momentos da política mais geral do país.

Estes momentos são com certeza interdependentes e capazes de influenciar decisões em um período ou outro.

Os 3 grandes momentos das idéias aparecem na criação do CEBES, no I Simpósio da Câmara e na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os 3 grandes momentos das práticas na construção do SUS são o I Encontro dos Secretários Municipais de Saúde em 1979, a implantação e implementação das Ações Integradas de Saúde e a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Os 4 grandes momentos da política tem início nas eleições de 1974 para senadores, e seguem nas eleições de 1976 de prefeitos municipais, nas eleições diretas para governadores em 1982 e finalmente na eleição de Tancredo Neves, dando início a Nova Republica.

Estes momentos interdependentes influenciam decisões de um período e outro e indicam claramente processos de acumulação de teoria e prática do movimento.

Estes momentos de intensa práxis política e social foram acumulando forças e possibilitaram que o ideário da reforma do setor saúde fosse consubstanciado na Constituinte de 1988.

Assim, cada artigo da seção II – Da Saúde, no capítulo II, do Título VIII, da Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988, quando cotejado com as idéias, propostas, diretrizes, que foram sendo incorporadas nos vários períodos

e fatos descritos neste trabalho. (SUS – Sistema Único de Saúde – Legislação Básica – Secretaria de Estado da Saúde – editado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina), demonstra substancial identidade.

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (SUS – Sistema Único de Saúde – Legislação Básica, p. 12).

Na análise da Revista Saúde em Debate nº 1 e na análise do Encontro dos Secretários Municipais de Saúde realizado em Campinas, não há nenhuma referência mais explícita a proposta de saúde como direito, nem tampouco a universalização do atendimento.

A proposta da saúde como direito e de cidadania somente ficará claramente definida no Simpósio da Câmara em 1979, com a inclusão do documento do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, “Democratização e Saúde” nos anais do evento. Fica nítido nas assertivas do documento quando apoia uma saúde autenticamente democrática que pressupõe: o direito universal e inalienável para todos, a promoção de condições permanentes de preservação da saúde, o reconhecimento do caráter socioeconômico global das condições de saúde, o reconhecimento e a responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações médicas individuais e coletivas, o reconhecimento do caráter social do direito e também da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado (I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1980, p. 228).

A evolução da proposta fica clara no documento de avaliação das AIS ocorrida no Paraná: “Direito a Saúde como direito inalienável do cidadão, independente de este possuir ou não vínculos trabalhistas”. Toma corpo também no documento da COPAG de 1984, (documento que serviu de base para as

diretrizes de Tancredo Neves na presidência) com a proposta de incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde e a conseqüente unificação do sistema de saúde. E se insere definitivamente como proposta de todo o movimento da saúde na 8ª Conferência Nacional, sendo destacado como primeiro item das deliberações “Saúde como Direito”. No processo de implantação do SUDS não há referência explícita a saúde como direito, porém sua operacionalização reflete claramente a proposta de atendimento universal.

“Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. (SUS – Sistema Único de Saúde – Legislação Básica, 2001, p. 12).

Esta discussão não aparece no 1º número da Revista Saúde em Debate e tampouco no 1º Encontro dos Secretários Municipais de Saúde em Campinas. Porém, irá aparecer com bastante ênfase no Simpósio da Câmara. É pauta obrigatória nos bastidores (conforme informações das várias entrevistas sobre o Simpósio), além da conferência do professor Paul Israel Singer intitulada, a meu ver, bastante provocativamente, de “A discussão da estatização e privatização dos serviços de saúde”, tendo como debatedores o professor Guilherme Rodrigues da Silva, o consultor técnico da Abrange, Tomaz Raposo, o professor da USP José Carlos Seixas e o secretário da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, Francisco Urbano de Araújo Filho. Apesar de ter sido um dos pontos altos do Simpósio, não há, e nem era de se esperar que houvesse, deliberação sobre o assunto. No encontro de Avaliação das AIS não há referências sobre relevância pública, porém em várias deliberações é citado a necessidade da organização de um Sistema Estadual de Saúde.

No plano do COPAG que estabeleceu as diretrizes da Nova República não aparece esta discussão. Na 8ª CNS, porém, conforme vimos no

capítulo referente o tema estatização versus privatização será um dos mais polêmicos e de maior mobilização do plenário. Fica definido pela plenária que o principal objetivo do novo sistema é o fortalecimento do setor estatal, porém tendo como meta a progressiva estatização do setor.

É possível depreender da lei que se por um lado às propostas do movimento sanitário que pendiam para a estatização (se agora ou progressivamente, não é relevante) sofreram um duro golpe, pelo outro, porém foi possível garantir que as ações e serviços de saúde se tornassem de relevância pública e de competência do Poder Público. É possível afirmar que as propostas mais radicais no sentido da estatização não se viabilizaram, porém é possível também inferir que provavelmente a forma que a lei foi inserida, reflete muito mais a realidade do sistema econômico, político e social brasileiro e as condições reais da sociedade brasileira no momento da elaboração da Constituição. No SUDS não há referência explícita sobre relevância pública dos serviços de saúde, porém explícita que os controles dos convênios com a rede privada deverão ser descentralizados para estados e municípios.

“Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- II – atendimento integral.
- III – participação da comunidade.

Parágrafo Único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art.196, com recurso do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. (SUS – Sistema Único de Saúde – Legislação Básica, 2001, p. 12)

No primeiro número da Revista Saúde em Debate do CEBES não aparece nenhuma menção à formação de um sistema regionalizado e

hierarquizado de saúde. No Encontro dos Secretários Municipais de Saúde em Campinas não há referência à organização de redes regionalizadas e hierarquizadas, porém é clara a decisão pela implantação de postos de saúde voltados à Atenção Básica. Entenda-se por descentralização/municipalização. Em relação ao tema direção única em cada esfera de governo, a deliberação do encontro é contrária a esta definição, pois categoricamente anuncia que as atribuições do município são exclusivamente voltadas à Atenção Básica. É apontado no Encontro a necessidade de ampla participação da população sobre a política de desenvolvimento no Brasil.

No Simpósio da Câmara a discussão de uma rede regionalizada e hierarquizada aparece como tema de conferência. Tanto o conferencista Mozart de Abreu e Silva, como os debatedores Marcio José de Almeida, José Saraiva Felipe, Otavio Clementino Albuquerque e José Duarte de Araújo, apontam de forma clara a necessidade da organização de redes descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas. Apontam ainda a necessidade do atendimento integral e da participação da comunidade. Porém em nenhum momento é enunciado que a descentralização deverá ser com direção única em cada esfera de governo. No Encontro de Avaliação das AIS é feita referência a organização de um Sistema Estadual de Saúde hierarquizado e regionalizado. Em outro item é feita referência à descentralização através da municipalização.

Parte significativa das deliberações da 8ª Conferência referem-se a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e nas suas deliberações corroboram as decisões de descentralização, de regionalização e hierarquização. Com atendimento integral a população e, obviamente, com participação popular. Também, em nenhum momento referem-se a descentralização com direção única em cada esfera de governo. Pelo contrário, na definição das atribuições dos três níveis de governo, ressaltam "... que o nível municipal terá sua definição de acordo com as características e peculiaridades de cada caso..." (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUS, 1989, p. 53).

Sobre a questão do financiamento não há indicativos no primeiro número da Revista Saúde em Debate. No I Encontro dos Secretários Municipais de Saúde o financiamento aparece como item factual não existindo nenhuma proposta mais geral da questão do financiamento. No Simpósio da Câmara não há uma conferência específica sobre financiamento, porém o assunto é tema de recomendação visando à criação de um fundo único de saúde com recursos dos orçamentos federal, estaduais e municipais. No Encontro de Avaliação das AIS, realizado em Curitiba, aparece com ênfase no item 7 das deliberações (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, 1989, p. 12).

No relatório final da 8ª CNS há um capítulo específico sobre o financiamento apontando a necessidade de criação de fundos de saúde com participação da sociedade na sua gestão. Estes fundos seriam constituídos com recursos da previdência e dos orçamentos da União, estados e municípios. No SUDS há referência somente a modalidade de repasse de recursos financeiros do nível federal para os estados e municípios. Não há nenhuma referência a forma de financiamento do setor.

“Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Parágrafo 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Parágrafo 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

Parágrafo 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgão, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização”. (Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, 1989, p. 12-3).

Esta discussão somente vai aparecer com mais ênfase no Simpósio da Câmara dos Deputados, conforme já visto no artigo 197 sobre a questão estatização versus privatização. Em nenhum documento proveniente dos diversos encontros, seminários, simpósios e das documentações analisados pelo autor há referência ou afirmativa que a saúde é livre a iniciativa privada. Tampouco há com clareza a proibição da iniciativa privada. É possível deduzir que pelo nível acirrado do processo de discussão e de elaboração da Constituição, notadamente no capítulo da saúde, a afirmativa contida neste capítulo tenha sido uma exigência de setores conservadores para acordos possíveis de serem realizados.

Devido ao entendimento que o artigo 200 da constituição federal que também trata do sistema único de saúde, é específico para determinados procedimentos e ações, não foi motivo de análise desta dissertação.

Podemos concluir afirmando que a construção do Sistema Único de Saúde foi se consolidando durante a práxis de sua trajetória.

É possível afirmar que a luta por um sistema de saúde democrático, justo, equânime, e voltado aos interesses legítimos da população brasileira já percorreu um caminho importante e necessário, porém outros caminhos tão importantes e necessários deverão ser trilhados. Não poderia concluir sem afirmar que além do caminho da saúde, os caminhos da fome, da habitação, da educação, do lazer, do trabalho deverão ser percorridos para que tenhamos a verdadeira Reforma Sanitária que milhões de pessoas sonharam e sonham para este país.

ANEXOS

Anexo 1

Transcrição dos créditos apresentados na Revista Saúde em Debate nº 1, p. 74.

Conselho Editorial

Emerson Elias Merhy

Ana Maria Segall Correa

Dalmo Herrera Feitoza

David Capistrano Filho

Sandra Roncali Mafezolli

Aguinaldo Gonçalves

Jornalista Responsável

Mirian Ibañez

Planejamento Gráfico

Moema Cavalcanti

Desenho de Capa

Conceição Cahu

Fotografias

Gilberto dos Santos

Revisão

José Antonio Pedro Ferreira

Regina Célia do Rego Monteiro

Mineo Takatama

Consultoria Jurídica

Alcione Ramalho

Anexo 2

Sumário da Revista Saúde em Debate, nº 1, publicada em outubro de 1976, p. 74.

Editorial

Especial

Informes

Acontecimentos

Medicina Comunitária

A prática da Saúde e a Educação

A história natural das doenças

Medicina de Comunidade – Implicações de uma teoria

O Sistema Nacional de Saúde – Proposições e Perspectivas

Limitações e possibilidades de atuação em um serviço de puericultura

Modelos de Salud: las condiciones para su desarrollo

Saúde Comunitária

Aspectos intelectuais de crianças de níveis socioeconômicos diferentes

Saúde: saber médico e recursos humanos

Formação de psiquiatras em um hospital de ensino universitário

Saúde do pré-escolar

Vendendo saúde: o INPS e a Seguridade Social

As deficiências da Previdência Social e a responsabilidade do governo

Normas para a publicação de trabalhos

Anexo 3

Quadro resumo da relação entre a Constituição Federal de 1988 e os vários momentos/fatos analisados na dissertação.

EVENTO	CEBES (1º número da Revista) 1976	Encontro Municipal de Campinas 1979	I Simpósio da Câmara Federal 1979	Ações Integradas de Saúde - Avaliação 1984	8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS 1986	SUDS 1987
Art. 196 Saúde como Direito	Não há referência	Não há referência	Referência explícita através da incorporação do documento do CEBES no relatório final do evento	Referência explícita no relatório final de Avaliação das AIS em Curitiba	Referência explícita no relatório final da Conferência.	Não há referência explícita, porém o processo de operacionalizaçã o é universal
Art.197 Relevânci a pública	Não há referência	Não há referência	Há referência de discussão, porém não há deliberação.	Há referência	Referência explícita no documento de deliberação final da Conferência.	Não há referência explícita, porém o processo de operacionalizaçã o prevê o controle descentralizado da rede privada
Art.198 Rede regionaliz ada e hierarquiz ada	Não há referência	Há referência a descentralização/ municipalização	Há referência explícita a regionalização e descentralização	Há referência explícita em relação à municipalização, regionalização e hierarquização.	Referência explícita a descentralização, regionalização e hierarquização.	Referência explícita aa descentralização , incluído a integração de RH sobre direção única
Art.198 Parágrafo sobre	Não há referência	Há referência em itens factuais	Há referência com recomendação de instituição de	Referência explícita	Referência explícita indicando como deverá ser	Há referência somente à modalidade de

financiam ento			fundo único de saúde		financiado o novo sistema de saúde	repasse dos recursos federais
Art. 199 A saúde é livre a iniciativa privada.	Não há referência	Não há referência	Há referência de discussão na plenária final	Não há referência	Há referência com posição contrária ao artigo.	Não há referência

Anexo 4

ENTREVISTA PARA SER APLICADA AOS PARLAMENTARES PARTICIPANTES DO I SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA CÂMARA DOS DEPUTADOS – outubro de 1979 – Brasília.

Nome:.....

Partido pelo qual foi eleito:.....

1. Na época da realização do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, qual era sua inserção no setor Saúde?

- Usuário
- Proprietário de Hospital
- Participante do Movimento Sanitário
- Filiado ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
- Trabalhador da Saúde na área Pública
- Trabalhador da Saúde na área Privada
- Outro (especificar)

2. Descreva, em até 5 linhas, qual a importância do setor saúde para suas eleições.

3. Qual foi a sua participação antes e durante a realização do Simpósio?

- Divulgador
- Palestrante
- Coordenador de Mesa
- Organizador do Evento
- Outro (especificar)

4. No seu entendimento quais foram as principais deliberações do Simpósio?
5. Qual foi a principal mudança ocorrida na sua participação na área da saúde após o Simpósio?
- Filiou-se ao CEBES
 - Teve melhor compreensão do setor saúde
 - Inclui entre suas ações de deputado as questões relacionadas ao setor saúde
 - Apoiou as ações do movimento sanitário
 - Apoiou, com mais ênfase, as ações do movimento sanitário
 - Deixou de apoiar as ações do movimento sanitário, pois as questões estavam saindo do campo puramente técnica para o campo político.
 - Promoveu fóruns de debates sobre o setor saúde em seu estado
 - Passou a participar ativamente do movimento sanitário
 - Outra (especificar)
6. No seu entendimento o Simpósio foi um evento mais técnico ou mais político? Assinalar e escrever porque?
- Mais técnico
 - Mais político
7. Quais foram, no seu entender, as principais conclusões do Simpósio da Câmara? Descrever sucintamente em até 5 linhas.

Observação: Nas questões 1, 3 e 5 poderão ser assinaladas mais de uma opção desde que por ordem de importância.

3. Das propostas abaixo quais, em ordem de prioridade, foram orientadoras da sua gestão frente a SES?

- a. Descentralização ()
- b. Municipalização ()
- c. Ampliação da Cobertura ()
- d. Universalização ()
- e. Ampliação de Recursos Financeiros ()
- f. Ampliação da Capacidade Instalada Própria ()
- g. Ampliação da Capacidade Instalada Terceirizada (Privada ou Filantrópica)
- h. Contratação de Pessoal ()
- i. Criação do Fundo de Saúde ()
- j. Incorporação do Inamps a SES ()
- k. Extinção do Inamps e incorporação de suas atribuições ao MS ()
- l. Outras: ()
..... ()
..... ()

Comente as três principais propostas orientadoras.

4. Das propostas definidas como orientadoras de sua gestão quais foram implementadas? Comente em breves palavras a importância destas realizações.

5. Quais não foram? E porque?

6. Para a realização de sua gestão qual o grau de participação dos segmentos abaixo:

- a. Governador
- b. Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa
- c. Parlamentares da situação

- d. Parlamentares da oposição
- e. Secretários Meios
 - Casa Civil:
 - Finanças:
 - Planejamento:
 - Administração:
 - Outros.....
- f. Secretários Fins
 - Agricultura:
 - Indústria e Comércio:
 - Educação:
 - Bem Estar Social:
 - Trabalho:
 - Outros
- g. Prefeitos Municipais
- h. Servidores da SES
- i. Comunidade
- j. Outros:

Observação:

A avaliação deverá ser feita obedecendo aos seguintes critérios:

-2 muito desfavorável

-1 desfavorável

0 neutra

1 favorável

2 muito favorável

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTONE, A. A Trajetória político-institucional das AIS no Paraná: um depoimento – Curitiba: Nesco, 1990 – mimeografado

CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. Brasília, Assessoria de Imprensa da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1986. Documentos I, II e III.

GOIÁS. Histórico da Implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS. Goiânia: Núcleo Setorial de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, 1987.

GOULART, F. de A Municipalização: veredas – caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems, 1996.

NICZ, L. F. Assistência Médica e Cidadania – Ações Integradas de Saúde como Política de universalização dos serviços de saúde. 1985. Dissertação de Mestrado em Administração, Área de concentração: Hospitais e Sistemas de Saúde. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

REHEM, R. de S. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002 em São Paulo. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

RETRATO DO BRASIL. São Paulo: Política Editora de Livros, Jornais e Revistas Ltda., 1984. Volume II e III.

SANTA CATARINA. Legislação básica do SUS. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2001.

SAÚDE EM DEBATE. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1976. nº 1 – edição de outubro/novembro/dezembro, 1976.

SCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1980, Brasília. Anais ... 2ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (org.). A utopia revisitada: Projeto Montes Claros. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

CORDONI JUNIOR, L. Londrina, 2002.

COSTA, E. A . Rio de Janeiro, 2002.

DANTAS, U. Itabuna, 2002.

MENDES, E. V. Belo Horizonte, 2002.

ALMEIDA, M. J. de. Brasília, agosto, 2002.

GUTIERREZ, P. Londrina, abril e setembro, 2002.

MARTINS, F. Curitiba, agosto, 2002.

RAGGIO, A M. B. Brasília, julho, 2002.

SANTOS, N. R. dos. Brasília, junho, 2002.