

Organização dos serviços de saúde no Brasil: seu desenvolvimento sob o ângulo das políticas públicas setoriais

Erly Catarina de Moura ^{1,3}
Maria Alice Amorim Garcia ^{2,3}

RESUMO

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil que auxilie, principalmente, alunos de graduação da área da saúde a compreender a questão da saúde no Brasil e a situar o Sistema Único de Saúde nos dias de hoje. Descreve-se um breve histórico desde o período do Brasil Colônia, passando pelo Brasil-Império, pelo Brasil-República campanhista-preventivista e assistencial-privativista, até os dias de hoje, quando se propõe o Sistema Único de Saúde, produto de intensa e contínua luta das forças progressistas, como modelo descentralizado, integral e sujeito ao controle social. Neste trabalho procurou-se situar a saúde enquanto direito de cidadania, conforme consta na Constituição Brasileira.

Unitermos: política de saúde, serviços de saúde - história, saúde pública - história, seguro nacional de saúde - história, macroplanejamento.

O BRASIL-COLÔNIA

No Brasil-Colônia, com o aumento da população, pela vinda dos colonizadores, colonos e escravos, e do comércio, as doenças transmissíveis se disseminaram rapidamente. A literatura menciona a presença de epidemias, a partir do século XVI, de varíola, malária, lepra, febre amarela, buba, desenterias e outras trazidas pelos imigrantes, levando a um alto índice de mortalidade. Poucas medidas foram tomadas, então, no que se refere à Higiene Social. Eram ações localizadas, voltadas à população dos centros urbanos emergentes em que a intervenção governamental ou particular (principalmente da Igreja) tinha por fim o isolamento dos pobres enfermos, através da internação nas Santas Casas, implantadas a partir de 1543, segundo o modelo português, caritativo. A rede de Santas Casas foi a raiz da Assistência

Médico-Hospitalar no país, que foi crescendo através dos séculos, cada vez mais intensamente. Para o atendimento da nobreza existiam alguns médicos formados em Portugal e os serviços de saúde eram dirigidos prioritariamente às tropas militantes, com o fim de garantir a soberania territorial. As questões relativas à higiene ficavam a cargo de saúde municipal, na vila São Paulo, em 1598. Além da execução e regulamentação de alguns serviços de saúde, o governo português se responsabilizava pelas questões relativas ao ensino e ao exercício da cirurgia, medicina, farmácia e de outras profissões existentes na época como a dos sangradores, barbeiros, dentistas, boticários, droguistas e curandeiros. A prática médica e terapêutica fundamentava-se no isolamento dos enfermos, sangrias e purgantes, utilizados indistintamente para muitas doenças. As precárias condições de saneamento, agravadas pelo crescente aumento populacional, e o já reduzido número de leitos hospitalares levaram, ao aumento das doenças, o que exigiu a construção de um hospital exclusivo para os militares, no Rio de Janeiro, em 1763¹⁶.

A situação tornou-se mais grave, com a chegada da

(1) Nutricionista Sanitarista, Mestra em Ciências da Nutrição, Doutoranda em Saúde Coletiva, Professora Titular do Departamento de Nutrição, Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
(2) Médica Sanitarista, Mestra e Doutoranda em Saúde Coletiva, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social Preventiva.
(3) Membro do Grupo de Estudos Transdisciplinar em Saúde Coletiva (GESTO), PUCAMP.

família real portuguesa, no início do século XIX. Houve um súbito aumento populacional e comercial, que apesar de propiciar um crescimento econômico-social colaborou, ainda mais, para a disseminação das doenças, tais como a hepatite, tuberculose, tétano e enfermidades carenciais como a desnutrição, escorbuto e bócio. A assistência à saúde passou a ser supervisionada diretamente pelo poder central, com ênfase nas medidas de vigilância sanitária e baseada em normas e estabelecimentos de controle. Foram criadas, neste período, as primeiras Escolas de Medicina (na época, de cirurgia) da Bahia e do Rio de Janeiro, ambas em 1808^{13,16}.

O BRASIL-IMPÉRIO

Como ocorrido no período anterior, no Brasil-Império não se constata, também, uma real preocupação da administração colonial com as relações entre a saúde e a sociedade onde, apesar do controle sobre o espaço urbano, são tomadas medidas esporádicas, limitadas à normalização dos cemitérios, controle público do abastecimento de água, destinação de lixo e dejetos e controle das doenças “pestilências”. A visível falta de saneamento e o reaparecimento de epidemias, como a da febre amarela, no Rio de Janeiro em 1849, levou à reforma dos Serviços Sanitários do Império, através da criação da Junta de Higiene Pública, dividida em serviços terrestre e marítimo. Uma certa legitimidade da administração foi obtida através da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829, dada a sua influência nas decisões governamentais relacionadas à saúde pública. Outras medidas também foram tomadas, tais como: 1) Obrigatoriedade de vacinação contra a varíola, em 1846; 2) abertura de hospícios para internação dos alienados, a partir de 1852; 3) surgimento, em 1859, dos primeiros registros de mortalidade, referentes à cidade do Rio de Janeiro^{10,13,16}.

A VELHA REPÚBLICA

Com a República, o desenvolvimento do modelo agro-exportador do café e a emergência do trabalho assalariado (migrante em parte) a saúde se inscreve, no país, enquanto questão social. Os serviços de saúde pública são ordenados, surge uma política de saneamento para os centros urbanos de importância sócio-econômica e são introduzidas novas práticas ligadas às descobertas bacteriológicas da época. Com isto, apesar da alta morbidade pelas chamadas doenças de massa: malária, verminoses, doenças de Chagas, tuberculose, tracoma, doenças venéreas, lepra, boubá e desnutrição, constata-se uma redução da mortalidade. Em algumas cidades conseguiu-se também obter o controle da febre amarela e da malária. É nesta época que se evidencia o surgimento do Campanhismo de Normatividade Verticalista, enquanto estratégia do Estado Unitário no modelo agro-exportador, ainda que as raízes do campanhismo já sejam notadas na fase final do Brasil-Império (criação da Junta de Higiene Pública, vacinação anti-variolica e outros). Este período foi frutífero no que tange a criação de novas escolas médicas e dos institutos de pesquisas: Adolfo Lutz em 1892,

Manguinhos em 1899, sob a direção de Oswaldo Cruz, Butantã também em 1899 e Pasteur em 1903, responsáveis pelo desenvolvimento de inúmeras pesquisas relacionadas às doenças “tropicais” e pelas primeiras publicações científicas^{10,13,16}.

Apesar da primeira Constituição, de 1891, ter promovido a descentralização das ações de saúde, manteve-se uma certa indefinição, dualidade de poderes e incapacidade dos vários níveis em lidar com a defesa sanitária. A cólera, a febre amarela e a varíola ainda eram uma ameaça, o que levou à realização de programas de vacinação, saneamento e reforma urbana no Rio de Janeiro, que incluía a expulsão dos pobres das áreas centrais da cidade. Estas medidas determinaram o surgimento de intensos protestos por parte de setores da sociedade civil, dentre outros os positivistas, anarquistas, operários, desempregados e alguns militares, que se opunham à vacinação obrigatória, invasão dos domicílios e expulsão dos pobres. Estes protestos foram reprimidos violentamente pela polícia^{10,13,16}.

Em São Paulo, criou-se o Serviço Sanitário do Estado em 1891, redigiu-se o primeiro Código Sanitário Estadual e o Hospital de Isolamento passou a funcionar em 1894¹⁰.

Com a república, a reforma dos serviços de saúde reforçou a participação da União no controle social das doenças, continuando a expansão da assistência médica curativa, além das campanhas preventivas, e não intervindo na separação já evidente entre os serviços/instituições assistenciais (Santas Casas) e as campanhas. A medicalização passa a ser evidente a partir das caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), Lei Eloy Chaves e Instituições de Aposentadorias e Pensões (IAPs) a partir dos anos 30, com a intervenção do Estado Unitário, que proporciona o crescimento da Assistência Médico-Hospitalar não integrado a qualquer outro plano ou atividade de saúde¹⁶.

O BRASIL-REPÚBLICA

Momento Campanhista-Preventivista

Na década de 20, o aumento das doenças de massa, crônico-degenerativas e ocupacionais, conseqüente à crise de exportação do café, urbanização, industrialização e crescente desigualdade social, levou à piora dos níveis de saúde. Neste momento, no qual a sociedade se reestruturava pela emergência de grupos sociais operários e de um empresário industrial, as ações de cunho autoritário, implementadas no período anterior, tornaram-se disfuncionais, surgindo o que se chamou modelo médico-sanitário de saúde pública. Tratava-se de um modelo, baseado no sanitário americano, que institua ações individuais e educativas (de inculcação de hábitos) de caráter preventivo, prestadas por centros de saúde, com ênfase na atenção materno-infantil, ao lado das campanhas sanitárias^{2,10,16}.

A partir de então, e principalmente no Estado Novo, a Saúde Pública de caráter nacional e centralizado, se organizou enquanto prática permanente e institucionalizada mantendo-se enquanto polo dominante do setor até o final da

década de 40. Em 1934 foi criado o Ministério da Educação e Saúde, cujo Departamento Nacional de Saúde estruturado neste período passou a ministério em 1953².

A Previdência Social, responsável pela atenção individualizada e curativa, surgiu através de caixas mutualistas ou de previdência, por iniciativa de empregados e empregadores. A partir de 1923, com a Lei Eloy Chaves, o Estado passou a regulamentar as CAPs, que mantiveram, no entanto, caráter privado, organização por empresas, financiamento (3% do salário e 1% da renda bruta da empresa) e gestão pelos próprios empregados e empregadores. Suas ações voltavam-se principalmente para a obtenção de benefícios previdenciários e 8% da receita era destinada à assistência médica. Com a criação dos IAPs na década de 30, ampliou-se a centralização e a intervenção do Estado que passou a participar diretamente da administração, financiamento e arrecadação. Os benefícios foram unificados e expandidos para toda a categoria, sob a lógica do “seguro social” (benefícios proporcionais ao custeio e endereçados só aos contribuintes e seus familiares) e o sistema de arrecadação e contenção de custos possibilitou o que se chamou de “regime de capitalização”: a ampliação das reservas monetárias que visava o afluxo de recursos para setores estratégicos da economia, de incentivo à industrialização, à agricultura e a obras governamentais (Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil, Companhia Hidrelétrica do São Francisco, Fábrica Nacional de Motores e muitas outras). Começaram a surgir hospitais e ambulatórios previdenciários que se destacavam pela modernização tecnológica da Assistência Médico-Hospitalar, pautadas no modelo europeu e depois no americano, selecionando os melhores profissionais, promovendo a sua capacidade e se equipando. Esta rede previdenciária soma-se às Santas Casas de maior porte que foram os primeiros hospitais de ensino. Os hospitais universitários surgiram na seqüência, compondo com as Santas Casas e os previdenciários um sistema hospitalar ainda não hegemônico pelo privatismo lucrativista^{2,14}.

Até 64, a tendência foi de centralização das ações da Saúde Pública em nível federal e diminuição significativa de sua participação no Produto Interno Bruto. No correr das décadas de 30 e 40, as instituições de Saúde Pública e as previdenciárias, com origem, lógicas e intervenção Estatal diversas, foram trocando seus papéis tanto em termos financeiros como no volume de ações. Ao final desse período, o gasto com ações médicas, realizadas pela previdência, era mais volumoso do que com a Saúde Pública. Mantiveram-se, no entanto, projetos destinados às populações excluídas, como as unidades da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) para as regiões norte e nordeste e os centros de saúde ligados às Secretarias dos Estados voltados para os focos de maior tensão da população trabalhadora^{2,10}.

Momento Assistencial-Privativista-Lucrativa

Em 1946/47, após a II Guerra Mundial, com a emergência da hegemonia internacional do modelo capitalista americano e a inserção do Brasil em um “neo-terceiro-mundismo” que intensificou desde então a aceleração da industria-

lização e da urbanização, a acentuação da segmentação e da exclusão entre as classes trabalhadoras, ampliaram-se as pressões por gastos sociais e maior participação política. Pelo lado dos serviços de saúde deparava-se com a degradação do quadro sanitário, um modelo ineficaz e inadequado de Saúde Pública verticalista, a emergência da rede privada hospitalar privada lucrativa e a tendência crescente à especialização mercantilizada e à fragmentação da medicina (e seu encarecimento). O modelo previdenciário passa a comprar serviços médico-hospitalares na rede privada, mediante apresentação de faturas. O aprofundamento da crise financeira da Previdência, se manifesta na relação entre despesa total/receita total dos institutos, que se manteve entre 33,5 e 47,1% até a década de 40 (evidenciando uma larga margem para capitalização), passando para 96,1%, crescendo para 102,6% em 1961 e mantendo-se em média acima de 94% entre 1960 e 1966. Surgiram, também, inúmeras manifestações advindas da sociedade, como a insatisfação com a participação limitada dos sindicatos nos IAPs, os “quebra-quebras” dos pacientes que sobravam nas filas dos hospitais e postos do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e as greves do funcionalismo. Ao mesmo tempo que se ampliavam as demandas por benefícios e atendimento médico em especial, ampliou-se também o processo de privatização dos serviços previdenciários, baseados predominantemente no atendimento hospitalar. Do orçamento global da previdência, as despesas com assistência médica passaram de 7,3% em 1949 para 29,6% em 1967. Do total de leitos financiados pela previdência, 52,9% (87.539) eram particulares em 1950 e 62,1% (159.845) em 1960. De 1960 para 1967 o atendimento hospitalar ampliou-se nove vezes e o ambulatorial somente dobrou^{2,7,14}.

A constituição de um setor saúde claramente capitalizado foi concomitante à entrada do país na etapa monopolista de acumulação capitalista, em decorrência de sua ampla e diversificada estrutura que permitia uma acumulação com taxas maiores do que o restante da economia. Assim, antes da centralização da previdência, ocorrida após 64, a rede assistencial que serviria de base para os contratos e convênios do INPS, estava estruturada. Encontravam-se também estabelecidas as características principais do modelo previdenciário, assistência médica individual curativa hospitalar privatizada, que se expandiria nas décadas de 60-70^{2,7}.

A partir da década de 60, a situação de saúde da população piorou em consequência do aumento na concentração de renda e do arrocho salarial, decorrentes do golpe militar de 64, do milagre econômico e da implantação de um modelo burocrático, e centralizador e autoritário, que visava a internacionalização e modernização da economia e a exclusão da sociedade civil organizada. Esta política teve repercussões diretas no setor social através do desvio do orçamento, privatização e esvaziamento financeiro dos municípios⁷.

Com a Reforma Administrativa, em 1967, os IAPs foram unificados no INPS, responsável pelo atendimento médico individual a todos os trabalhadores celetistas (ainda excluídos os trabalhadores rurais e os domésticos) e o Ministério da Saúde (MS) passou a ser responsável apenas pela

formulação da Política Nacional de Saúde e execução das atividades sanitárias. Com a centralização, os trabalhadores foram excluídos da gestão da previdência, ampliou-se o processo de privatização pela compra e financiamento de serviços de terceiros, mas manteve-se a mesma base da sustentação financeira da previdência, isto é, a contribuição dos empregados e empregadores sem a participação do Estado.

A Saúde Pública a cargo do MS e das secretarias estaduais também passou por um processo de racionalização necessário à introdução crescente da assistência médica individual na rede, enquanto resposta à política de expansão de cobertura às populações rurais e marginalizadas, acelerada em meados da década de 70 ¹¹.

Saúde como direito

Em conseqüência da piora das condições de vida, agravou-se significativamente o estado sanitário da população, demonstrado através do aumento da mortalidade infantil, das doenças crônico-degenerativas e ocupacionais, como também das infecto-contagiosas, recrudescendo a tuberculose e a doença de Chagas e culminando com a epidemia de meningite de São Paulo em 1973/74. Esse quadro sanitário em franca decadência manifestou-se concomitantemente à expansão e generalização da atenção médica, o que acarretou a concentração de críticas, naquele período, sobre a estrutura de serviços. Por toda a sociedade surgiram denúncias ao modelo econômico, concentrador de renda e causador do arrocho salarial e da piora das condições de vida. Na saúde, o processo de denúncia partiu da estrutura de serviços, sua ineficiência (em termos de relação custo/benefício), descoordenação e inadequação (por falta de planejamento), descontrole dos gastos públicos e falta de capacidade gerencial-administrativa para controlar as contas do setor privado, principalmente do contratado. Num segundo momento, as críticas concentraram-se nas relações entre o sistema de saúde e as condições de vida e a estrutura sócio-econômica. A sistematização destas críticas tiveram como foros principais instituições de saúde pública, os departamentos de medicina preventiva e organizações surgidas da sociedade civil (como o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), de onde partiram também as propostas alternativas de resolução da crise ^{6,7,11,17}.

Vários autores consideram o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), o momento chave para as políticas sociais, pois retomou-se, pelo discurso oficial, o papel estratégico destas políticas para o projeto desenvolvimentista. Com a crise manifesta, as questões sociais passaram a ser utilizadas pelo Estado como mecanismos de relação com as camadas populares, como forma de redistribuição de renda e de participação popular. Tratavam-se na realidade de concessões econômicas restritas, mas de cunho político-ideológico, que mantinham o caráter repressor e paternalista ^{2,14}.

A "crise de previdência", identificada como de caráter financeiro, só foi reconhecida pelo governo após 74, quando foram tomadas as primeiras medidas oficiais racionalizadoras e parciais, dentre elas a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); a criação do Con-

selho de Desenvolvimento Social, que constituía uma assessoria interministerial ao MPAS tendo por atribuição principal a formulação de uma Política de Saúde; a implantação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), para o controle financeiro do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); e criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, para financiar os programas e projetos traçados pelo II PND ².

Em resposta às tensões sociais e às pressões por demanda de serviços médicos, advindos da população e dos próprios empresários do setor, outras medidas objetiveram a expansão e a facilitação do atendimento 1) ampliaram as modalidades de convênios por pré-pagamento com empresas, universidades e com o setor público de forma mais restrita, que possibilitavam um melhor controle financeiro do que os contratos por unidade de serviço, que já vinham criticados ("os baús"); 2) criaram o Plano de Pronta Ação (PPA), que abria as portas dos hospitais contratados ao atendimento universal de emergência, facilitando o acesso da população a um atendimento curativo individualizado de baixíssima eficácia e qualidade, responsável pelo aprofundamento da crise financeira da previdência ¹⁴.

Em 1975 foi sancionada a Lei do Sistema Nacional de Saúde elaborada por técnicos do MPAS e discutida na V Conferência Nacional da Saúde. Identificava-se o sistema de saúde como ineficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado e propunha-se a definição de papéis para os vários níveis, sem prioridades para o setor público. Enquanto estratégia operacional deste plano foram implantados pelo MS programas voltados para populações carentes como o Programa de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), voltado para os bolsões de pobreza do Nordeste. Neste contexto, surgiram também os programas de Medicina Comunitária ligados aos departamentos de medicina preventiva, enquanto modelos alternativos de atendimento, que visavam mudanças da prática médica via ensino e tinham por referência a participação da população. Estes projetos foram sendo apropriados pelas municipalidades e pelo Estado num processo de racionalização administrativa e de expansão de cobertura para população marginais ^{2,7,14}.

O surgimento de propostas alternativas fez parte de um processo mais amplo, quando as tensões sociais tornaram-se visíveis com a eclosão das primeiras greves e reivindicações ⁷.

Na saúde, grupos progressistas participantes destas experiências e movimentos, propuseram um novo modelo, tendo como referência a determinação social do processo saúde-doença, como ocorrido em 1979, quando o CEBES apresentou na Câmara Federal o documento "A questão democrática na área da saúde", para a criação do Sistema Único de Saúde. Neste mesmo ano, estes grupos, atuando na VII Conferência Nacional de Saúde, contribuíram decisivamente para o debate democrático e de alto nível técnico, e cujo Relatório Final, ao lado do documento do CEBES, serviu de base para a elaboração do Programa Nacional de

Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) por técnicos do MS e do MPAS, em 1980, onde se propunha a universalização dos cuidados primários a todo o território nacional da integração interinstitucional, simplificação do cuidado, regionalização e hierarquização dos serviços e participação comunitária (base na Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde) ^{1,14}.

Apesar de não ter sido implantado, a discussão deste programa possibilitou a delimitação dos grupos de interesse presentes no setor, entre eles: a Federação Brasileira de Hospitais e Associações Médicas Brasileiras e a tecnoburocracia do MPAS, que representavam a força política dominante na área previdenciária, de ideologia liberal e que propunham a ampliação da privatização, a de empresários da medicina de grupo, que representavam (e representam, principalmente num projeto neoliberal) a expressão máxima da racionalidade do capital, a indústria farmacêutica e de equipamentos, que também apostavam na lógica do privilegiamento do setor privado (apesar de ter um mercado garantido em qualquer situação) e, por último, uma força heterogênea composta por profissionais e estudantes do setor e organizações da sociedade civil ligadas ao movimento popular e sindical, que excluídos oficialmente das decisões, compunham o que se denominou de Movimento Sanitário, em luta por melhores condições de vida, serviços de qualidade e o controle público da saúde. Este movimento de característica contrahegemônica teve sua maior organicidade na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986, quando se legitimou a expressão "Reforma Sanitária" ^{1,14,16}.

O momento de maior visibilidade da crise da previdência se deu após 1981, quando o Ministro do MPAS decretou a falência do sistema em decorrência da conjuntura político-econômica, que apresentava como efeitos: 1) queda da receita decorrente do desemprego e do arrocho salarial, da diminuição da contribuição da união (de 10% em 1970/73 para 3,4% em 1980) e da sonegação por parte das empresas privadas e públicas da dívida com a previdência; 2) mecanismo de "caixa dupla" com os bancos privados e estatais; 3) descapitalização ocorrida no período anterior, devida ao repasse da receita para o setor produtivo; e 4) privilegiamento dos produtores privados de serviços, de equipamentos e de insumo médicos e, principalmente, as fraudes. Como ocorrido em outras conjunturas de crise, o reconhecimento público por meio dos meios de comunicação, centrava-se nos problemas relacionados ao atendimento médico, ficando salvas as reais explicações, e justificando-se medidas racionalizadoras por parte do governo, como o pacote previdenciário decretado de forma autoritária, que regulamentava o aumento da contribuição dos trabalhadores e criava o Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP), em 1981, órgão do MPAS com representação de sete ministérios, três entidades patronais e duas sindicais. O principal instrumento criado pelo CONASP foi o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, em 1982, que propunha um rol de medidas a serem implantadas estrategicamente de forma gradual, a partir de prioridades que consistiam na extensão do atendi-

mento ao trabalhador rural em igualdade de condições ao trabalhador urbano; na priorização das ações primárias como porta de entrada ao sistema, inclusive com a função de controle do acesso ao setor credenciado; num sistema integrado, regionalizado e hierarquizado das instituições mantidas pelo governo, estimada a capacidade de cobrir 75% das necessidades relativas às consultas ambulatoriais; na administração desburocratizada e descentralizadas; no caráter complementar para a iniciativa privada; no pagamento do setor controlado por procedimentos em substituição à unidade de serviços. Este plano, apesar de incorporar parte das proposições do PREVSAÚDE, e que o tornava mais abrangente que os planos anteriores, inclusive no que se refere à valorização do setor público, ainda apresentava limitações em seu caráter racionalizador, por não tratar dos aspectos financeiros do sistema ^{12,14}.

Em 1984 foi editado o documento das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o objetivo de orientar a elaboração dos Planos Estaduais de Saúde baseados nos convênios tripartitais (MS/MPAS/Secretarias Estaduais de Saúde) criados pelo CONASP em andamento em 15 estados, e implementar um sistema único, descentralizado, desburocratizado e baseado nas necessidades de saúde da população e sob seu controle. Em 1987, foram estabelecidas as diretrizes do sistema Unificado e Descentralizados de Saúde (SUDS) para a consolidação e desenvolvimento da AIS. Em outubro de 1988, a Constituição Brasileira, em função de amplo e exaustivo debate na Sociedade, e levando em conta os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, contemplava o Sistema Único de Saúde (SUS), que englobava os serviços estatais e privados, com as seguintes diretrizes básicas: universalização, equidade, descentralização, hierarquização, integralidade, direção única, participação e controle popular, resolutividade das ações e dos serviços de saúde e complementaridade do setor privado. As vertentes verticalistas do Campanhismo e da Assistência Médico-Hospitalar Previdenciária privatista, passaram a ter um equacionamento único dentro de uma nova lógica, a do direito de cidadania, explícita nos princípios e diretrizes do SUS. Em agosto de 1990, a Lei Orgânica da Saúde era aprovada pelo Congresso Nacional, sendo sancionada pelo Presidente em setembro do mesmo ano com uma série de vetos, que comprometiam a sua implantação, principalmente nos itens referentes à gestão interinstitucional e controle popular ^{3,8,9,15}. Estes itens foram, em grande parte, resgatados através das reações das lideranças do movimento da Reforma Sanitária (CEBES, ABRASCO, CONASEMS, CONASS e outras), e consubstanciados na Lei 8.142/90.

Estes planos constituíram-se, essencialmente, num modelo racionalizador alternativo à crise financeira, de eficácia e de legitimidade do setor. No entanto, apesar de suas limitações, ampliou-se a capacidade do Estado de produzir serviços de saúde, introduzir-se a prática do planejamento como instrumento mais eficaz e mais justo do que o da lógica do mercado e possibilitou-se a construção de um contraprojeto aos serviços organizados segundo a ótica liberal ^{4,5,11}.

Com a criação do SUS, onde se consagra o princípio da

saúde como direito de todos e dever do Estado, a rede de atendimento básico ganhou nova dimensão. Os Centros de Saúde consolidaram seu papel de porta de entrada ao sistema, que deve conter outras estruturas de serviços mais complexos e especializados (nível secundário e terciário), tendo-se a possibilidade de garantir à população um razoável grau de resolutividade. Muitos municípios concentraram esforços no sentido de ampliar a rede básica para garantir a universalização do atendimento. Entretanto, o modelo de medicina neoliberal e a própria prática popular, pelo histórico da falta (em quantidade e qualidade) de serviços públicos, além da fragilidade das autoridades em cumprir a Constituição, comprometem o sucesso deste modelo. Não se tem a necessária organização para se opor às tendências neoliberais que impregnam o setor. Contrata-se também o oferecimento de serviços de baixa qualidade e resolutividade em algumas localidades. É fundamental o estímulo à participação popular nos diferentes níveis de gestão dos serviços de saúde e a garantia do acesso e equidade de serviços públicos de saúde à população, de acordo com sua demanda, em busca do direito de cidadania.

Saúde enquanto direito de todos (e dever do Estado) não passa apenas pela questão legal, instituída na Constituição Brasileira de 1988, mas principalmente pela conquista social no sentido de garantir o cumprimento da lei. A contínua luta dos movimentos populares na busca do direito (de fato) à saúde tem se tornado instrumento eficiente de transformação do instituinte em direitos (de lei) sociais, tendo um importante papel na luta contra-hegemônica.

SUMMARY

Health care services organization in Brasil: its development according to sectorial public policies

A review about health care services organization in Brazil is presented. It is addressed mainly to students of health colleges to understand the evolution of health care services in Brazil and to characterize the currently Unified National Health System. It describes a brief history since discovery and colonization period over the Empire period, Republic State until present, when a Unified National Health System, product of intensive and continuous efforts of progressive social forces, is proposed. This System is based on a political model of services decentralization, universal care and be controlled by the society. Public health care is reviewed while citizenship rights according to the 1988 Constitution.

Keywords: *health policy, health care services - history, public health - history, national health insurance - history, macroplanning.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AROUCA, S. Implementação da Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, Londrina, v.13, n.22, p.49-54, out. 1988.
2. BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES/Hu-

citec, 1981. 226p.

3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP, 1988. p.36
4. CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.53-60.
5. CORDONI JUNIOR, L. Sobre a organização do nível central dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v.13, n.22, p.38-44, out. 1988.
6. ESCOBEL, S. Revirada na saúde. *Tema*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.5-7, nov. 1988.
7. GARCIA, M.A.A. Atenção primária à saúde: discussão da especificidade das práticas e saberes. Campinas, 1991. 329p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1991.
8. LEI Orgânica da Saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v.15, n.30, p.15-8, dez. 1990.
9. MERHY, E.E. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. *Saúde em Debate*, Londrina, v.15, n.30, p.8-9, dez. 1990.
10. _____. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papirus, 1985. 116p.
11. _____. Brasil pós-64: financiamentos e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.61-112.
12. BRASIL; MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Reorientação da Assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. 3.ed. Brasília: MPAS, 1983. 42p.
13. NUNES, E.D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989. p.113-34.
14. OLIVEIRA, J.A., TEIXEIRA, S.M.F. (Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1985. 360p.
15. SANTOS, N.R. O SUDS, os vetos e a sanção do projeto. *Saúde em Debate*, Londrina, v.15, n.30, p.5-7, dez. 1990.
16. SINGER, P., CAMPOS, O. OLIVEIRA, E.M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981. 166p.
17. TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. *Saúde em Debate*, Londrina, v.14, n.26, p.42-53, set. 1989.