

O PROCESSO DE CRIAÇÃO E AS IDEIAS PRECURSORAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Hesio Cordeiro

Coordenador do Mestrado Profissional da Universidade Estácio de Sá

RESUMO: O artigo menciona a trajetória de formulação das propostas do Sistema Único de Saúde, a partir da Nova República, com as medidas de extensão dos cuidados de saúde pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) pelos hospitais universitários, abolindo-se a exigência de só atender a segurados da previdência social. Desenvolveram-se formas de tratar o setor privado através do contrato padrão estendido a todos os prestadores privados e foram estabelecidas novas atribuições às secretarias estaduais e municipais de saúde, unificando o comando do sistema. Somente na discussão da proposta da nova Constituição Federal foi estabelecido o conceito de Sistema Único de Saúde descentralizado com integralidade das ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.

ABSTRACT: *This article mentions the formulation's trajectory of the proposals of the Brazilian Unified Health System, since the New Republic, with the steps for expansion of the health care in teaching hospitals, provided by the National Institute of Medical and Social Welfare (INAMPS), by abolishing the conception of giving health care only to people who contribute to the social security. The private sector started to be ruled by the same standard contract of all private providers, as well as the States and the Municipalities Health Care Secretariats became to be responsible for new assignments, uniting the Unified Health System leaders. Only with the discussion about the proposed new Federal Constitution, it was established the concept of the decentralized Unified Health System with the completeness of actions of promotion, prevention, treatment and rehabilitation of health.*

PALAVRAS-CHAVE:
Sistema Único de Saúde;
Universalização da Saúde;
Previdência Social.

KEYWORDS:
The Brazilian Unified Health System; Universal Health; Social Security.

O movimento da reforma sanitária brasileira para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) está longe de estar concluído e uma estratégia importante para apressar os avanços é rever os trabalhos que foram precursores e reconhecer neles as bases iniciais da reforma. A proposta de Atenção Primária de Saúde permeia o movimento municipalista da saúde no País desde a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, com Wilson Fadul à frente do Ministério da Saúde. A III Conferência não se restringia a esta proposta. O tema do subdesenvolvimento e suas repercussões nos problemas médico-sanitários estava presente, evidenciando como as reformas de base seriam importantes para suplantar os efeitos do atraso e resolver o quadro de doenças infecto-parasitárias, ainda prevalente naquele momento. A relação entre saúde e desenvolvimento econômico e social foi apontada mais de uma vez (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992).

O trabalho de análise da organização dos serviços de saúde em nível local (ALMEIDA, 1979) indicava, em 1979, como a produção social da doença e das ações de saúde refletia a estrutura da sociedade brasileira e se traduzia (e ainda se traduz) nas desigualdades das classes sociais e frações de classe decorrentes das relações do Estado com os processos econômicos e sociais daí resultantes, inclusive na elaboração e implementação de políticas de saúde.

É indicado que o ano de 1967 concentrou as mudanças mais relevantes das instituições de saúde, em decorrência do processo de unificação da Previdência Social com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Isso se complementou com mudanças no aparelho de Estado com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e outras alterações na composição dos órgãos de administração (IAPAS) e de assistência social (LBA). No âmbito da saúde prevalecia um papel quase figurativo para o Ministério da Saúde: combate às epidemias e endemias, e ações pontuais

[...] o ano de 1967 concentrou as mudanças mais relevantes das instituições de saúde, em decorrência do processo de unificação da Previdência Social

de extensão de atendimento às populações excluídas.

Na Previdência Social encontravam-se ancorados os interesses do processo de privatização da assistência médico-hospitalar, privilegiando hospitais e a internação como estratégias sanitárias com pouca ênfase na prevenção e na promoção da saúde. O processo de privatização pela previdência social era hegemônico e estava na raiz das crises de financiamento da Previdência Social e nas denúncias de fraudes e de má utilização dos recursos públicos (MELLO, 1978). Algumas tentativas de correção foram propostas especialmente com a implantação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), que racionalizariam os dispêndios na assistência médica. Surgem novas denúncias de fraudes e as propostas são identificadas com o autoritarismo e o centralismo. A aspiração de reabertura para o processo democrático de há

muito mobilizava as oposições ao regime autoritário, especialmente de sanitaristas e grupos pensantes dos departamentos de medicina preventiva e social, para estimular processos de municipalização e de mudanças nas políticas locais de saúde. A ideia do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), elaborada por técnicos de saúde reunidos na sede da Organização Pan-americana da Saúde, previa a coordenação entre Previdência e Saúde (TANAKA e RESENBURG, 1990). No entanto, foi proposição natimorta, pois logo em seguida o governo federal recuou na proposta. No início de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema básico era a extensão das ações de saúde através de serviços básicos, visando aos cuidados primários de saúde, reforçando as propostas políticas da reunião de Alma-Ata ocorrida em 1978. Nessa conferência foram lançadas as bases para o Prev-Saúde, cujo primeiro anteprojeto foi elaborado em agosto de 1960.

As propostas do Prev-Saúde eram tão ambiciosas em suas metas que logo surgiram críticas de empresários de saúde, que motivaram seus formuladores a atenuar o que se propunha, restringindo-se à reordenação do setor público e aos grupos mais carentes e de maior risco.

A partir das críticas, o Governo Federal formulou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (CONASP) em 1982, sendo presidente do INAMPS o Dr. Aloisio Salles da Fonseca.

Contudo, a assistência médica curativa ainda era a proposta predominante, somente sendo mencionada a prevenção e a promoção à saúde com o surgimento da medicina de família em Niterói (Região Metropolitana do Rio de Janeiro) e com os agentes comunitários de saúde no Ceará.

Em 1980, o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) propusera o documento “A democratização da Saúde no Brasil”, no qual se mencionava

pela primeira vez a proposta do Sistema Único de Saúde, com trabalho de Cordeiro, Fiori e Guimarães (CEBES, 1980). E, mais adiante, na Conferência de Montes Claros, liderada por José de Saraiva Felipe, atualmente deputado federal, quando se elaborou a Carta de Montes Claros, com propostas para o governo da Nova República (CORDEIRO, 2004).

Em 1985, as primeiras medidas de Waldir Pires como ministro da Previdência e Assistência Social foram:

- 1 - universalização da clientela dos hospitais universitários, não mais restrita aos contribuintes da Previdência Social, incluindo os então denominados indigentes;
- 2 - revisão dos valores pagos aos hospitais universitários, corrigindo a defasagem existente entre os valores praticados com os hospitais privados;

As propostas do
Prev-Saúde eram
tão ambiciosas em
suas metas que logo
surgiram críticas
de empresários
de saúde,
que motivaram seus
formuladores a
atenuar o que se
propunha

3 - desenvolvimento e ampliação de articulação entre as redes de atendimento dos hospitais públicos e privados, visando eliminar a capacidade ociosa;

4 - descentralização e democratização das estruturas administrativas, delegando mais capacidade de decisão às superintendências regionais do INAMPS;

5 - apoio e reforço das estruturas colegiadas de programação, avaliação e controle em todos os níveis (Cordeiro, 2005).

Já no meu discurso de posse no INAMPS, em

maio de 1985, reconheci que “trabalhadores e não trabalhadores, empregados e desempregados, populações urbanas e rurais têm direito à saúde” (CORDEIRO, 2005, p. 27). A universalização da saúde começava, pois, a ser praticada, incluindo a superação das desigualdades regionais e entre áreas urbanas e rurais. Propunha-se que a relação entre o público e o privado fosse estabelecida em contrato, com normas do direito público. Estas relações se baseavam na questão tecnológica no sentido de se estimular a avaliação da eficácia e da efetividade de tecnologias,



combatendo-se o desperdício de recursos pela ociosidade de equipamentos incorporados à rede de saúde.

A criação das Coordenadorias de Ciência e Tecnologia na estrutura administrativa do INAMPS foi altamente inovadora, com o objetivo de realizar avaliações dos procedimentos de alto custo e complexidade, visando racionalizar a incorporação tecnológica. Para tal, contou-se com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), que iniciaram os trabalhos de revisão dos equipamentos radiológicos e de imagem.

O combate às fraudes foi incrementado por comissão criada pela Portaria MPAS nº 3.478, de abril de 1985, constituída por um representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados, de um procurador do Instituto de Administração da Previdência Social e de um procurador da República. A aproximação com

o Ministério da Saúde se deu a partir de programas de prevenção e combate à Aids, de sangue e hemoderivados (Pró-Sangue), de acidentes do trabalho e de prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas.

O esgotamento da proposta de coordenação oriunda das Ações Integradas de Saúde (AIS) levou à transferência da gestão federal para as secretarias municipais e estaduais de saúde, gerenciando de acordo com o porte as unidades próprias ambulatoriais ou hospitalares.

Este processo culminou com a exposição de motivos de Raphael de Almeida Magalhães e de Roberto Santos, então ministros da Previdência Social e da Saúde, respectivamente, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Promulgou-se o Decreto 94.657, de 29/07/1987. Mais tarde, já com o ministro Renato Archer, representantes da Casa Civil da Presidência da República e de outros ministérios, foi elaborado o Decreto 95.861/1988 para acelerar a transferência da gestão das unidades do INAMPS para as administrações estaduais e municipais, estabelecendo-se a cessão de uso dos bens móveis, equipamentos e imóveis do INAMPS, bem como o custeio de ações privadas e filantrópicas e de investimentos.

A nova Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988 (Brasil, 2001), teve como pontos centrais os conceitos de:

- 1 - seguridade social envolvendo ações do Estado e da sociedade, destinada a assegurar os direitos à saúde, previdência e assistência social, superando o conceito de seguro-social e envolvendo contribuintes e não contribuintes;
- 2 - universalidade de cobertura;
- 3 - que é dever do Estado garantir a saúde como ação intersetorial, econômica e social inclusive, mas não apenas de ações médico-curativas ou preventivas. A Constituinte definiu ainda que é livre a prestação, pela iniciativa privada, de serviços de saúde,

A criação das Coordenadorias de Ciência e Tecnologia na estrutura administrativa do INAMPS foi altamente inovadora, com o objetivo de realizar avaliações dos procedimentos de alto custo e complexidade, visando racionalizar a incorporação tecnológica

sendo vedada a participação de empresa e capital estrangeiros para a assistência à saúde, com a ressalva dos casos previstos em lei.

As relações com o setor privado através de operadoras de planos de saúde não foram abordadas na Constituinte, o que aconteceu só depois com a discussão da regulação do setor de saúde

suplementar, em 1999, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000. Entre os aspectos que devem ser abordados ainda no SUS estão: a questão da normalização qualitativa e quantitativa dos profissionais de saúde, a questão da qualidade assistencial relacionada à formação profissional, e os procedimentos de acreditação baseada em padrões internacionais de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marcio José de. **A organização de serviços de saúde a nível local**: registro de uma experiência em processo. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1979.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (Brasília, 1963). **Anais...** Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.
- CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012.
- _____. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 2005.
- MELLO, Carlos Gentile de. A Medicina Previdenciária. In: GUIMARÃES, Reinaldo (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RESENBURG, Cornélio Pedroso. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 60-68, 1990. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v24n1/10.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012.