

**PRINCIPAIS MARCOS DAS MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NO
SETOR SAÚDE**

(1974-1996)

Série Didática, nº 1

Dezembro 1996

**Simone Rossi Pugin e Vania Barbosa do Nascimento
Orientação: Amélia Cohn**

APRESENTAÇÃO

O CEDEC vem desenvolvendo, ao longo da última década, pesquisas voltadas para a área de políticas públicas de corte social, e dentre elas as políticas de saúde.

No caso da saúde, a equipe de pesquisadores envolvida com o tema da descentralização da ótica da democracia social, isto é, da efetiva constituição da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, como reza a atual Constituição, em contato com extensa produção de textos, artigos e livros sobre o tema, constatou a existência de uma lacuna: um texto que de modo sintético sistematizasse os principais marcos institucionais e legais experimentados pelo setor no período mais recente.

Surge assim a iniciativa desta publicação, que recupera esses principais marcos a partir de 1974 até os dias atuais e procura facilitar aos interessados o acesso a essas informações. Esperamos que ela possa ser útil não apenas para fins didáticos, mas também como instrumento de trabalho para aqueles profissionais de saúde que militam no setor público.

Glossário de siglas e abreviaturas:

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CIS - Comissões Interinstitucionais de Saúde

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

CLIMS/CLIS - Comissões Municipais ou Locais Interinstitucionais de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde

DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

FUNABEM - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LBA - Fundação Legião Brasileira de Assistência

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PPA - Plano de Pronta Ação

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)

1974 - É criado o **Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS**, a partir da Lei 6025, de 25 de junho de 1974. Com isso, há uma redefinição das atribuições do Ministério da Saúde (criado em 1953) e do recém-criado MPAS.

O **INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social é criado no mesmo ano como parte do processo de institucionalização do MPAS. Institui-se nesse momento o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), do qual fazem parte o INAMPS, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor), DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social) (Oliveira, Teixeira, 1989, p. 257).

O **INAMPS**, com recursos previdenciários, passa a responder pela assistência médica dos contribuintes por meio de sua rede própria e de serviços contratados e conveniados — com forte ênfase nestes segundos. Nos Estados havia as Superintendências Regionais do INAMPS, que apesar de subordinadas às decisões centrais, administravam os serviços próprios e se relacionavam diretamente com os prestadores privados (Inojosa, Junqueira, 1989).

1974 - Plano de Pronto Ação

Este Plano não altera o modelo de atenção à saúde então vigente, mas a partir dele ocorre uma expansão dos níveis de cobertura do sistema (é um embrião da universalização proposta em 80 pelas AIS, SUDS e SUS, segundo Castro, Viana, 1992). O PPA "visava dar acesso, aos previdenciários, à consulta médico-ambulatorial através da rede privada

contratada e conveniada, universalizando o atendimento de urgência"; nesse sentido, o Plano foi um marco por possibilitar reverter a tendência da absorção de consultas ambulatoriais pela rede própria do INAMPS, que até 1974 respondia por 80% delas. Isto é, e nas palavras das autoras, tratou-se da "confirmação do discurso pró compra de serviços", traduzindo um fortalecimento da burocracia previdenciária e do setor privado, além da consolidação da tendência de absorção da assistência à saúde pelo MPAS (Castro, Viana, 1992). E como destacam Oliveira e Teixeira (1989, p. 250, 251), a desburocratização do atendimento nos casos de emergência consiste num dos pontos centrais do Plano.

1975 - Realização da V Conferência Nacional de Saúde¹. O principal tema desta Conferência foi a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde, além dos programas de saúde pública, de responsabilidade do Ministério da Saúde, destacando-se como temas de discussão os seguintes: Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o Programa de Controle de Grandes Endemias e a Extensão dos Programas de Saúde às Populações Rurais (Castro, Viana, 1992, p. 88).

1975 - A Lei 6229, de 17 de julho de 1975, organiza o **Sistema Nacional de Saúde** e estabelece as principais competências atribuídas às distintas esferas de governo:

Esfera Federal

Ministério da Saúde:

- elaboração de uma política nacional de saúde;
- elaboração de planos de proteção à saúde e combate a doenças transmissíveis e orientação da sua execução;
- elaboração de normas capazes de assegurar a proteção, recuperação e promoção da saúde coletiva;

¹ As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas a partir da criação do Ministério da Saúde (1953), cabendo ao Ministro da Saúde convocá-las. As Conferências não se realizaram durante os primeiros governos militares, sendo reativadas apenas sob o governo Geisel (1974/78).

- elaboração de um Programa Nacional de Alimentação e Nutrição;
- coordenação da vigilância epidemiológica em todo o país;
- normatização da instalação de equipamentos de saúde;
- avaliação do quadro sanitário do país;
- fiscalização das condições de trabalho dos profissionais ligados à saúde, entre outras.

Ministério da Previdência e Assistência Social (criado em 1974):

- formulação de planos de assistência médica individual, coordenando-os nacionalmente;
- credenciamento de entidades não lucrativas, integrando-as ao sistema público;
- atendimento médico da clientela, por meio de serviços próprios ou contratados, fiscalizando estes últimos;
- fixação, juntamente com o Ministério da Saúde, das normas e padrões de prestação desses serviços;
- distribuição, gratuita ou subvencionada, de medicamentos à população.

Ministério da Educação

- formação e habilitação dos profissionais do setor saúde, manutenção de hospitais universitários, entre outras.

Ministério do Trabalho

- atividades vinculadas à higiene e segurança no trabalho.

Ministério do Interior

- saneamento ambiental, desenvolvimento de programas de saneamento básico, de acordo com as prioridades definidas pelos planos de saúde.

Estados

Planejamento das suas ações de saúde, em articulação com a política nacional e "a criação e operação dos serviços de saúde, em apoio às atividades municipais" (Oliveira, Teixeira, 1989, p. 255).

Municípios

Manutenção dos serviços de pronto-socorros e de vigilância epidemiológica (Castro, Viana, 1992, p. 17; Oliveira, Teixeira, 1989).

Segundo a Lei, os Estados e Municípios receberiam "incentivos técnicos e financeiros da União" para organização de serviços, atividades e programas de saúde, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde (Castro, Viana, 1992, p. 17 e Oliveira, Teixeira, 1989).

1976 - Institui-se o **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS** (24/08/1976). Suas diretrizes tinham como objetivo a organização de uma estrutura básica de saúde nos Municípios com até 20.000 habitantes, utilizando pessoal de nível auxiliar e da própria comunidade. Segundo Castro e Viana (1992), tratava-se de um programa de interiorização do atendimento, buscando maior eficiência e baixos custos.

Os mecanismos de **coordenação** do programa eram os seguintes: no âmbito federal, avaliação e execução do Programa a cargo do GEIN - Grupo Executivo Interministerial, composto por representantes do MS, do MPAS, dos Ministérios do Interior e do Planejamento; uma Secretaria Técnica, ligada à Secretaria Geral do MS, que deveria analisar os projetos estaduais e elaborar normas e diretrizes; no nível estadual, o GCE - Grupo de Coordenação Estadual, que deveria elaborar planos anuais, avaliados pelo GEIN, coordenar a implementação desses planos e supervisionar as unidades. Se implementado, ele significaria um fortalecimento das Secretarias

Estaduais de Saúde, pois os Municípios e as Diretorias Regionais de Saúde (ligadas à SESs) deveriam assumir, de modo gradual, a coordenação do Programa (Castro, Viana, 1992). Na realidade, os resultados do Programa resumiram-se basicamente à ampliação da rede física instalada para o atendimento da população, sem que houvesse um maior investimento na melhoria das ações de saúde. Destacam as autoras a escassez de recursos para a implantação do Programa, dado que a adesão do INAMPS só ocorreu em 1979, quando passa a assumir parte do custeio do Programa no momento em que se verifica uma retração dos recursos estaduais.

- 1977** - Realização da VI Conferência Nacional de Saúde - O principal tema debatido é o da operacionalização do Sistema Nacional de Saúde. Discutiu-se também o controle de endemias, diplomas profissionais relativos à área da saúde e a interiorização dos serviços de saúde (Castro, Viana, 1992, p. 88).
- 1978** - Realização do 1º Encontro dos Secretários Municipais de Saúde do Nordeste e do 1º Encontro dos Secretários Municipais de Saúde do Sudeste. Este último, realizado em Campinas e organizado pelo IBAM (Instituto Brasileiro de Administração Municipal) e pelas prefeituras de Campinas, Londrina e Niterói, tira algumas conclusões, referendadas por 60 Municípios de 16 Estados, dentre as quais se destacam: prioridade para a atenção primária e para as solicitações dos Municípios ao FAS (Fundo de Desenvolvimento e de Apoio Social), destinadas a investimentos na rede física e serviços; descentralização tributária; moção de apoio ao Ministro da Saúde, que então defendia o repasse direto de verbas aos Municípios; solicitação de credenciamento dos Municípios interessados junto ao Programa Nacional de Imunizações, que era, naquele momento, de competência exclusiva das Secretarias Estaduais (Muller Neto, 1991, p. 60).
- 1979** - Realização do Encontro dos Secretários Municipais de Saúde, em Niterói, e do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal. Neste simpósio o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde apresentou propostas que foram em grande parte incorporadas à VIII Conferência Nacional de Saúde. Cabe destacar que a descentralização, no interior de um

sistema único de saúde, aparece aí tanto como uma estratégia para se atingir uma maior eficácia do sistema, quanto com o objetivo de maior democratização do Estado e do sistema de saúde através da ampliação da participação popular (Muller Neto, 1991, p. 60).

É interessante notar que em meados da **década de 70** têm início algumas tentativas de formulação de políticas locais, isto é, municipais, de saúde, sobretudo a partir da iniciativa de prefeituras governadas pela oposição. Os princípios gerais que orientavam tais políticas consistiam na extensão dos serviços básicos para toda a população, e na implantação de "modelos de medicina comunitária". Os Municípios que se destacam por tais tipos de experiência são: Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Niterói (RJ), Piracicaba (SP), Montes Claros (MG), Capim Branco (MG) e Porto Nacional (GO), além de Municípios na região Nordeste que, sob a influência do PIASS, implantam também novas políticas locais de saúde (Muller Neto, 1991, p. 60). Os sucessivos e freqüentes Encontros de Secretários Municipais de Saúde, por sua vez, traduzem já a articulação política emergente dos responsáveis pela saúde no nível local.

1980, março - Realização da VII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema principal a implantação de serviços básicos de saúde. Pela primeira vez aparece a preocupação com a hierarquização, regionalização e integração das ações de saúde, como destacam Castro e Viana (1992, p. 89). Segundo as autoras, isso se deve ao alto custo do tipo de assistência prestada pela Previdência e também à influência de experiências internacionais. Nessa perspectiva, o governo federal teria, diante dessas imposições, passado a buscar a democratização dos serviços visando alcançar maior legitimidade popular.

1980 - Elaboração do projeto do **Prev-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde**

Trata-se de um projeto elaborado por um Grupo Técnico Interministerial e que tem como objetivos a "reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação" (Oliveira, Teixeira, 1989, p.

271). Tem como inspiração a experiência desenvolvida por programas de atenção primária, no norte de Minas Gerais e no Nordeste, a partir do PIASS, e fundamenta-se nas proposições definidas internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde, sobretudo aquelas da Conferência de Alma-Ata, que podem ser resumidas como a extensão dos cuidados primários de saúde a toda população por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob o controle da rede pública, buscando a redução dos custos e a racionalização do atendimento.

O plano defendia ainda a suspensão de novos credenciamentos de serviços privados e a incorporação pela rede própria dos serviços prestados por terceiros, subordinando as demais instituições filantrópicas ou beneficentes ao controle estrito do Estado.

A coordenação do programa cabia, no nível federal, à CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, formada pelos Secretários Gerais do MS e do MPAS; no nível estadual, havia a CIPE - Comissão Interministerial de Planejamento Estadual, presidida pelo Secretário Estadual de Saúde, que deveria articular as SESSs, o MS, o INAMPS e o MPAS, tendo sido criadas também as Diretorias Regionais de Saúde.

O Prev-Saúde jamais foi implantado devido a pressões advindas do próprio INAMPS e de outros órgãos, que não permitiram que o anteprojeto de lei fosse aprovado. (Castro, Viana, 1992 e Oliveira, Teixeira, 1989).

1981 - Criação do CONASP - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária, através do Decreto 86.329, como órgão do MPAS.

É criado em função da necessidade de revisão das formas de organização da assistência médica previdenciária diante do imperativo da contenção das despesas da previdência social com a assistência médica, numa conjuntura de aguda crise financeira do sistema previdenciário.

O CONASP elabora o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social", tendo, segundo Muller Neto, como alguns dos principais **objetivos**: "prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; integração das instituições (federais, estaduais, municipais) num sistema regionalizado e hierarquizado, com maior aproveitamento da rede pública de serviços básicos já existentes através de convênios trilaterais; racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar, através do aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e pagamento das contas hospitalares, com a simplificação do mecanismo de pagamento a terceiros", entre outros (Muller Neto, 1991, p. 61). Tem início então o pagamento por procedimentos no lugar do pagamento por unidades de serviço, além da introdução de mecanismos de auditoria técnica, com o intuito de reduzir o superfaturamento resultante da multiplicação dos atos médicos prestados (Oliveira, Teixeira, 1989).

Comentários sobre o Plano:

- o plano foi implantado em 1983 e teve vigência até 1984;
- "a agência central indutora deste processo é o próprio INAMPS", que continua centralizando a política estatal para a saúde; o plano teve como principal resultado a redução de despesas (Castro, Viana, 1992);
- o Plano foi, segundo vários autores, o embrião das AIS - Ações Integradas de Saúde;
- além da preocupação com a racionalização dos recursos previdenciários, em um contexto de crise econômica e de constatação da ineficiência do modelo existente, o tema da descentralização já aparece neste plano, no contexto de redemocratização, associada à reivindicação de maior autonomia por parte dos Estados e Municípios (Inojosa, Junqueira, 1989);
- segundo Muller Neto, o Plano CONASP evidencia dois pontos: de um lado, trata-se de uma proposta clara de racionalização do sistema que, para tanto, "prioriza as atividades-meio e introduz o critério de compra-venda de serviços nas relações

entre órgãos públicos, mantendo as mesmas distorções que caracterizavam as relações do sistema público com o sistema privado, ou seja, privilegiavam as medidas curativas individuais e mantinham a discriminação entre segurados e não-segurados da Previdência Social". Mas, segundo o mesmo autor, a própria formulação do Plano significou que o governo passava a admitir o caráter "caótico e incontrolável" do modelo de então e a incorporar "parte do discurso da oposição" (Muller Neto, 1991, p. 61).

1982 - Criação do CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde

1982 - II Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em São José dos Campos.

1984 - AIS - Ações Integradas de Saúde, estratégia instituída pela CIPLAN, segundo as orientações e pressupostos do Plano CONASP.

Consistiam numa "estratégia de integração programática entre as organizações de saúde de nível federal, estadual e municipal" (Castro, Viana, 1992, p. 23), e que incluía também os diversos prestadores de serviços nas três esferas.

Instituições envolvidas:

nível federal: MPAS, através da Secretaria de Serviços Médicos; INAMPS; MS; INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição), Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP); SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública); CEME (Central de Medicamentos) e Ministério da Educação (Hospitais Universitários e de Ensino);

nível estadual: SES (Secretarias de Estado da Saúde), hospitais, fundações, universidades estaduais e "outras organizações", incluindo-se as filantrópicas;

nível municipal: Secretarias Municipais de Saúde, instituições de ensino e hospitais.

Áreas de intervenção: assistência médico-hospitalar, farmacêutica e "desenvolvimento institucional".

Objetivos: "estruturação de sistemas estaduais de saúde com alto grau de resolutividade; desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços a nível local e regional; integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes; valorização dos recursos humanos participantes da equipe de saúde; planejamento da intervenção através do desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais; orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino para as necessidades de saúde em cada região" (Castro, Viana, 1992, p. 23).

As AIS foram formalizadas através de **convênios** entre as esferas de governo (que definiam objetivos, estrutura e mecanismos de funcionamento das AIS nos Estados), **termos aditivos** (que operacionalizavam projetos específicos com compromissos financeiros e de programas) e **termos de adesão** (definição de programas e recursos na incorporação de Municípios às AIS).

Colegiados:

nível federal: CIPLAN, definindo atribuições e normatizando a atuação das diferentes instituições federais;

nível estadual: Comissões Interinstitucionais de Saúde - CIS, presididas pelo Secretário Estadual de Saúde e formadas, além dele, pelo superintendente regional do INAMPS e por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação;

nível regional: Comissão Regional Interinstitucional de Saúde - CRIS, formada pelos representantes regionais das SESs e do INAMPS, e pelos representantes de diferentes entidades que aderiram às AIS. Atribuições: planejamento e coordenação das AIS para cada região nos Estados;

nível municipal: Comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde (CLIMS/CLIS), com a atribuição de planejamento e gestão das AIS num Município ou num conjunto de Municípios. Eram formadas por representantes das

entidades conveniadas, das Secretarias Municipais de Saúde ou das Prefeituras, de entidades comunitárias, dos sindicatos e de entidades representantes da população (Castro, Viana, 1992, p. 24).

Financiamento:

A alocação de recursos cabia ao INAMPS, para a manutenção de serviços próprios, para o pagamento do setor privado contratado por serviços prestados, assim como para o custeio de hospitais universitários, dos serviços de saúde pública e de hospitais públicos; os convênios estabelecidos eram de responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, que participava das despesas com hospitais universitários e de ensino, entre outros (ver Castro, Viana, 1992, p. 24).

Comentários e avaliações sobre as AIS:

- houve aporte substantivo de recursos do INAMPS para a rede pública;
- crescimento dos gastos com as AIS como porcentagem dos gastos do INAMPS: 4% em 1984, 10% em 1985, e 14% em 1986;
- houve, com as AIS, transferência de recursos federais para Estados e Municípios, e um "aumento de produtividade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde", embora tenha permanecido uma "excessiva hegemonia do INAMPS" com forte ingerência sobre essas Secretarias e uma retração dos recursos de Estados e Municípios destinados à saúde em alguns casos. A estrutura colegiada, por sua vez, se mostrou "pouco ágil e representativa", não se constituindo como o *locus* efetivo de negociações entre as esferas de governo (Castro, Viana, 1992 p. 24);
- com o início da **implantação das AIS**, que coincide com as administrações municipais eleitas em 1982, assim como com os novos governos estaduais, o setor saúde ganha destaque nas agendas municipais e estaduais, impulsionando uma política de descentralização, principalmente nos Estados de

São Paulo e Paraná. Novas experiências de gestão municipal da saúde surgem em Bauru (SP), Uberlândia e Juiz de Fora (MG), Cambé (PR), Olinda (PE), Pelotas (RS), entre outras. A maior parte dessas experiências estava centrada na atenção primária, mas também é possível se verificar avanços na elaboração de "planos diretores, ampliação da rede física, articulação com níveis mais complexos de atenção, melhor capacitação gerencial, desenvolvimento de recursos humanos e principalmente maior porcentagem orçamentária dos recursos próprios para a saúde", assim como na ampliação de espaços de participação popular (Muller Neto, 1991, p. 60);

- 400 Municípios implantam as AIS; em 1985 são 501 e em 1986, 2.215 (Redigolo, Campos, 1992);
- as AIS possibilitaram que, em alguns casos, os governos municipais se mobilizassem por avanços mais amplos, além de permitirem que se demonstrasse a possibilidade de gestão da saúde no âmbito municipal. Teve início, além disso, uma redefinição de competências entre as três esferas de governo, estabelecendo-se uma certa divisão de trabalho e integração entre elas (Muller Neto, 1991, p. 61, citando Neves, 1987).

1985 - Momento de grande impulso da **adesão de Municípios às AIS** - ao final do ano de 1986, mais de 2.500 Municípios participavam das AIS. As experiências mais exitosas se deram nos Estados de São Paulo, Paraná, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia e Pernambuco (Muller Neto, 1991, p. 61).

1985 - A **direção geral do INAMPS** passa a ser ocupada por integrantes do Movimento da Reforma Sanitária, que ganha nesse momento maior visibilidade política (Inojosa, Junqueira, 1989).

1985 - III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em Montes Claros (MG). Além de encontros nacionais, vêm ocorrendo encontros de caráter regional ou estadual de secretários e serviços municipais de saúde (como o 1º Encontro dos Secretários Municipais de Minas Gerais, em Araxá, 1984) (Muller Neto, 1991, p. 60).

1985 - Início da organização do "**movimento municipalista da saúde**", com a criação dos Conselhos Estaduais dos Secretários Municipais de Saúde e de Comissões Provisórias Pró-Conselho. Muller denomina este processo de "movimento municipalista da saúde", em que se verifica uma articulação dos Municípios, sobretudo dos dirigentes municipais e técnicos atuantes nos serviços municipais de saúde, em torno da defesa da "descentralização de recursos, de poder e de ações no setor saúde". Os Conselhos são organizados em Santa Catarina, no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais; o movimento é influenciado pelo movimento municipalista mais amplo e reivindica autonomia para a formulação de planos locais de saúde, assim como defende a reforma tributária; as AIS são vistas, nessa perspectiva, como antecessoras da reforma (Muller Neto, 1991, p. 61).

1986, março - Realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde**, promovida pelo Ministério da Saúde, com a participação de diversos setores organizados da sociedade. A Conferência foi preparada por pré-conferências estaduais e municipais, e três dentre os principais temas debatidos foram: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Segundo Castro, Viana (1992), era consensual o fato de que uma reforma administrativa e financeira não seria suficiente para que se alterasse o sistema de saúde vigente; o que se propunha era uma "ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária" (p. 89), isto é, a intervenção do Estado visando a garantia da saúde da população não deveria se restringir às políticas de saúde, mas articular as demais políticas, para com isso alterar as condições de vida de modo mais amplo.

Quanto aos **principais temas discutidos**, destaca-se a saúde como um direito vinculado à cidadania, isto é, o Estado como responsável pela garantia do acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços. Estes devem estar organizados de modo descentralizado, e o Estado deve "normatizar e controlar" a oferta de serviços tanto do setor público quanto do privado. Defende-se a criação de um Sistema Único de Saúde, sob a responsabilidade de um único Ministério, sendo que se propunha a "separação plena" entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. É destacada a necessidade de

expansão do setor público na área da saúde em todos os níveis de governo, embora a completa estatização dos serviços de saúde tenha sido rejeitada. Quanto ao financiamento do sistema, defende-se que se faça por meio de "impostos gerais" (orçamento fiscal) e impostos sobre atividades que causam danos à saúde; a Previdência deveria repassar verbas do INAMPS até que fosse criado um fundo próprio do SUS (para descrição detalhada, ver Redigolo, Campos, 1992, p. 18). Cabe destacar que aparece também o tema do "controle social", com a defesa do controle, pela população, da formulação, gestão e avaliação das políticas de saúde. Quanto às competências das distintas esferas de governo, há ênfase na municipalização, no sentido de que à União e aos Estados caberia um papel sobretudo de coordenação e não tanto de prestação de serviços. Além disso, defende-se a necessidade de uma reforma tributária que garanta maior autonomia aos Estados e Municípios, e o fortalecimento das instâncias colegiadas criadas com as AIS, entre diversos outros pontos. Mercadante, Yunes, Chorny (1994) destacam que esta Conferência configura a origem da proposta consolidada na Constituição de 1988 e os objetivos expressos pelo SUDS.

- 1986** - Os 99 Municípios que participam da VIII Conferência Nacional de Saúde assinam um documento no qual se reivindica "que o novo Sistema Nacional de Saúde seja descentralizado (federalizado) e que os Municípios deveriam ter atribuições e competências não só para serem gestores do sistema, como também autonomia para definir as políticas locais de saúde, com formulação dos Planos Municipais de Saúde ou Planos Diretores Municipais Integrados" (Muller Neto, 1991, p. 61). Tais reivindicações foram incorporadas ao Relatório Final da Conferência, o que estimulou o movimento a articular-se para a criação dos Conselhos Estaduais de Secretários, Departamentos e Serviços Municipais de Saúde.
- 1986** - Formação de Conselhos Estaduais de Secretários, Departamentos e Serviços Municipais de Saúde e de Comissões Provisórias em vários Estados (Muller Neto, 1991, p. 61).
- 1987** - Reformulação do Convênio AIS, com a assinatura de novos Termos de Compromisso e de Adesão com Estados, a partir de

iniciativa do MPAS e do grupo dirigente do INAMPS (Inojosa, Junqueira, 1989, p. 16). Segundo os autores, isto significou descentralização de parte do poder decisório para os Estados e a formalização desse processo consistiu na criação do SUDS, com o decreto presidencial de 20/07/1987.

1987 - SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

Objetivos apresentados como prioritários: universalização do atendimento; redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde, e controle social, assim como maior agilidade da máquina administrativa, visando maior eficácia a curto prazo (NEPP, 1989, p. 236). Segundo Viana (1994, p. 40), os objetivos seriam os seguintes: descentralização das decisões políticas, superação da dicotomia entre ações curativas e preventivas, regionalização e hierarquização da rede, além de um melhor desempenho do setor público e controle do setor privado, resolutividade, integralidade e universalização do atendimento. Privilegiava-se ainda um planejamento ascendente, iniciado nos Municípios, passando pelos Estados e seus respectivos sistemas de saúde, chegando à União, que seria responsável pela política nacional de saúde (Inojosa, Junqueira, 1989, p. 17).

Segundo o modelo previsto, o sistema a ser organizado teria os serviços primários sob o controle das prefeituras e os secundários e terciários seriam controlados pelos Estados.

A **forma de implantação** se daria por meio de **convênios** com os Estados — entre o INAMPS e as SES — , o que foi diferenciado para cada caso (em alguns deles os convênios apenas ampliaram as AIS). A variação se deu segundo o grau de centralidade do Estado no projeto político do MPAS/INAMPS, a importância dos governadores/secretários de saúde no sistema político e também em função das condições técnicas e operacionais das SESs e da rede de serviços (NEPP, 1989, p. 237).

Os convênios previam a passagem gradativa das unidades assistenciais próprias do INAMPS e dos seus contratos e convênios para os Estados. Os convênios previam também a descentralização de decisões quanto à política de saúde — com

a transferência da gerência da rede de serviços próprios do INAMPS, assim como do custeio e gerência dos serviços contratados e conveniados (com os recursos financeiros correspondentes), para as SES (Viana, 1994, p. 41).

A **estrutura colegiada** criada com as AIS é reafirmada — as Comissões Interinstitucionais (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CLIS) têm como atribuição a coordenação e execução dos Planos de Saúde nos três níveis de governo (Inojosa, Junqueira, 1989).

Comentários sobre o SUDS:

O modo pelo qual o SUDS foi concebido levava em conta a conjuntura política de então, na qual os governadores eleitos eram os parceiros privilegiados. Um dos principais obstáculos à sua implantação foi, inicialmente, a permanência da centralização de recursos, embora se previsse um planejamento ascendente. Além disso, o setor privado e a burocracia do INAMPS pressionam pelo afastamento do grupo dirigente do órgão (o que se dá em 1988), diante da possibilidade de extinção do INAMPS e do aumento do poder dos Estados. Agregue-se ainda o despreparo técnico dos Estados para incorporar a assistência médica às atividades até então predominantemente preventivas que realizavam (Inojosa, Junqueira, 1989, p. 19).

Houve descentralização de recursos, com o repasse de recursos financeiros dos Estados para os Municípios, da gerência da rede de serviços (Recursos Humanos e custeio) e a passagem gradual da administração dos contratos e convênios com o setor privado e recursos correspondentes) (NEPP, 1989). Os autores afirmam que os dirigentes do MPAS/INAMPS contavam com a transferência de recursos para pressionar os Secretários estaduais no sentido da descentralização; nessa perspectiva, o SUDS consistiu numa tentativa de se pôr em prática a alternativa que parecia mais viável naquele momento para a melhoria da prestação dos serviços.

Muller Neto (1991, p. 62) destaca os seguintes pontos consensuais em relação ao SUDS: sua implantação foi importante na reforma administrativa do setor, introduzindo elementos racionalizadores e tendo também consequências

políticas, com o desmonte da máquina previdenciária e a alteração da correlação de forças até então vigente. Não se alterou, contudo, o modelo assistencial. A correlação de forças referida pelo autor era composta pelos dirigentes do INAMPS, que tentavam garantir o repasse de recursos para os governos estaduais de forma autônoma, enquanto sofriam pressões contrárias por parte de lideranças políticas no Congresso Nacional articuladas com escalões do Executivo Federal ligados à Presidência da República; pela burocracia do INAMPS, que também obstaculizava o processo de transferência das atribuições para as esferas estadual e municipal, posicionando-se por vezes explicitamente contra a extinção do INAMPS; e por um terceiro grupo que se posicionava contrariamente à descentralização, formado pela burocracia do Ministério da Saúde juntamente com os "sanitaristas campanhistas", sobretudo da SUCAM (Superintendência das Campanhas de Saúde Pública) e da FSCSP (Fundação Serviços de Saúde Pública). Setores minoritários no MS, ligados à Secretaria Geral, apoiavam a descentralização, assim como os dirigentes municipais, através da Secretaria de Articulação com Estados e Municípios. O setor privado vinculado à Previdência resistiu às alterações propostas pelo SUDS por implicarem uma maior alocação de recursos no próprio setor público e porque a negociação da compra de serviços deixava de se dar apenas no nível central, tendo que ser feita em cada Estado — o que enfraqueceria a capacidade de pressão do setor (Muller Neto, 1991 ,p. 62 citando Draibe, Viana, Silva, 1990). Segundo o mesmo autor, a atuação dos Estados foi variada e houve, em graus diversos, práticas clientelistas e centralizadoras por parte dos governos estaduais em relação aos Municípios. Por outro lado, o papel dos governos estaduais foi importante para garantir a continuidade do processo, sobretudo durante 1988 e 1989, com a substituição da presidência do INAMPS (saída de Hésio Cordeiro), isto é, do grupo dirigente que deu início à implantação do SUDS.

- 1987** - Realização, em Londrina, do IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em que é aprovada a **Carta de Londrina** e onde se elege, dentre 500 participantes, uma comissão provisória de 20 membros para auxiliar na formação de Conselhos Estaduais e para a formulação de um estatuto de criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de

Saúde, a ser apresentado no Encontro Nacional que se realizaria em Olinda em 1987.

1988, março, - Grupo dirigente do INAMPS é afastado, pressionado por interesses do setor privado (contrário à descentralização por fragmentar sua interlocução com o governo) e pela burocracia do INAMPS, que resistia à perda de poder nos Estados (Inojosa, Junqueira, p. 18, 19).

1988, abril - realização, em Olinda, do V Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, que contou com apoio financeiro da OPS, do INAMPS e da Secretaria Nacional de Articulação com os Estados e Municípios, do MS. Participaram do Encontro representantes dos serviços de saúde de todos os Estados e em 19 deles já havia conselhos formados. Neste encontro foi **fundado o CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde**, aprovado o seu estatuto e eleita a sua primeira diretoria. Alguns Conselhos Estaduais, como o de Mato Grosso e Pernambuco, já participavam da CIS, o órgão colegiado estadual. O CONASEMS obteve representação na CIPLAN (da qual participavam o MS, o MPAS e os Ministérios da Educação e do Trabalho). Dentre as questões discutidas no Encontro, destaca-se a reivindicação pela maior participação dos Municípios na execução das Programações Orçamentárias Integradas (POI). No estatuto de fundação da entidade, o objetivo principal apresentado é a defesa da autonomia municipal, ou a municipalização da saúde, como modo de garantir o "controle social", o que só poderia se concretizar mediante o "acesso às condições materiais, financeiras e políticas para gerir autonomamente o sistema local de saúde" (citado por Muller Neto, 1991, p. 63).

1988 - Constituição Federal - Sistema Único de Saúde

A Constituição estabelece a **saúde como um direito social** universal, a ser garantido pelo Estado. É criado o Sistema Único de Saúde, que deve organizar as ações e serviços de saúde de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo, além das diretrizes de atendimento integral e participação da comunidade. O **setor privado** participa do SUS de modo complementar. O **Município**, na condição de ente da federação, tem como competência a prestação de serviços de

atendimento à saúde da população, com cooperação técnica do Estado e da União (ver artigo 30, VII); tais atribuições permanecem sendo dos **Estados** e da **União**, como **competências** comuns. Destaca-se que, no texto constitucional, apesar da ênfase dada ao novo papel do Município, a divisão de competências não é, contudo, clara. De modo geral, predomina como atribuição federal a normatização e o planejamento, e a execução dos serviços como atribuição dos Estados e sobretudo dos Municípios (ver *Cadernos Cedec*, nº 38, p. 1-11).

1989 - Constituições Estaduais: em relação à saúde, seguem os preceitos constitucionais.

1990 - Lei 8080, 19/09/1990: regulamenta a Constituição; sofreu vetos presidenciais quanto aos Conselhos de Saúde e à transferência automática de recursos para Estados e Municípios. Os convênios foram mantidos como forma de repasse de recursos (Castro, Viana, 1992, p. 64, 65).

1990 - Lei 8142, 28/12/1990: altera dispositivos da Lei 8080, assegurando a paridade de representação (governo e sociedade) nos Conselhos de Saúde, os mecanismos automáticos de repasse de recursos, e estabelece como condições para o recebimento dos recursos federais que Estados e Municípios implantem Conselhos e Fundos de Saúde, elaborem Planos de Saúde e Planos de Cargos e Salários (Castro, Viana, 1992, p. 64, 65).

1991, janeiro - Edição da **Norma Operacional Básica NOB-SUS/91**. De acordo com a Norma, os **Conselhos de Saúde** têm como atribuições "a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de governo de sua atuação; e a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias estaduais, municipais e aos Fundos de Saúde" (Viana, 1994, p. 42). Quanto às **transferências de recursos**, a NOB define como critério para aquele ano o critério populacional e a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) como parâmetro de reajuste. São definidas as seguintes exigências para o recebimento de recursos pelos Estados e Municípios: formação de Conselhos de Saúde; Fundos de

Saúde e Planos de Saúde aprovados no Conselho e por autoridade do Executivo, além de programação e orçamentação, relatório de gestão local e criação de uma comissão de elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, a ser implementado em até dois anos (Viana, 1994, p. 43). Define ainda o repasse direto aos Municípios e prestadores privados, baseado em atos médicos/AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

O repasse direto de recursos para os Municípios, estabelecido pela NOB/91, enfraquece o papel das instâncias estaduais no controle e avaliação das políticas. Além disso, a forma de pagamento com base em atos médicos para a rede ambulatorial pública acaba por reduzir os recursos disponíveis para programas especiais. Verifica-se portanto um processo de recentralização, com fortalecimento do INAMPS e esvaziamento do nível estadual (Viana, 1994, p. 43, 44).

1992 - Realização da IX Conferência Nacional de Saúde, após dois anos de sua primeira convocação, em um momento bastante turbulento da vida política do país em face da CPI instaurada para apurar as inúmeras denúncias de corrupção e malversação do dinheiro público no governo Collor. A avaliação apresentada pelo CEBES sobre a conferência foi de que, excetuando-se o nível municipal, as demais esferas de governo não apresentaram propostas ou diretrizes de ação. O Ministério da Saúde não elaborou nenhum documento de análise da Política Nacional de Saúde, com a contribuição de apenas alguns de seus órgãos isolados. Os prestadores privados não tiveram participação nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final. Os profissionais de saúde, por sua vez, mobilizaram uma intensa discussão em torno da redução da jornada de trabalho para 30 horas e da indexação pelo DIEESE do salário dos trabalhadores da saúde.

1993 - em 24/05, o MS aprova a **NOB-SUS 01/93**, atualmente em vigor. Os pressupostos gerais e seus objetivos têm como base a Constituição, as Leis 8080, 8142 e o documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei", editado pelo MS em 1993.

A NOB-SUS 01/93 institui diferentes **condições de gestão** das ações e serviços de saúde nos Estados e Municípios, normatizando seus distintos graus de autonomia com relação ao nível central.

Quanto aos **Municípios**, são definidas três condições de gestão: **incipiente, parcial** e **semi-plena**. Segundo documento produzido pelo Ministério da Saúde, "Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: o que cabe ao Município", na condição **incipiente** o Município tem o controle das AIH para a sua área. Os recursos são portanto repassados como pagamento por serviços ambulatoriais e hospitalares prestados. Na condição **parcial**, o Município recebe mensalmente a diferença entre o teto estabelecido (ver abaixo critérios e mecanismos de financiamento) e o pagamento feito pelo governo federal às unidades públicas e privadas localizadas em sua área geográfica, além de receber o pagamento por produção de serviços. Com isso o Município ganha maior autonomia, uma vez que pode gerir recursos não apenas relativos aos serviços produzidos. Na condição **semi-plena** o Município é totalmente responsável pelas ações e serviços do SUS na sua região; recebe o total de recursos financeiros para custeio, de acordo com a série histórica dos gastos. Neste ponto, existem duas diferenças entre esta condição de gestão e o que se prevê na Constituição e leis posteriores: o mecanismo de repasse definido no artigo 35 da lei 8080, que estipulava critérios demográficos, epidemiológicos e populacionais, não é utilizado, e o convênio continua sendo o instrumento de repasse de recursos financeiros, uma vez que não há formas de repasse direto fundo a fundo (entre Fundo Nacional e Fundos Estaduais e Municipais de Saúde) regulamentadas.

Quanto aos **Estados**, suas atribuições são, de modo geral, as seguintes: "responsabilidade pelas ações e serviços de saúde desenvolvidos nos Municípios não inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena; organização e gerenciamento da Câmara de Compensação de AIH, para circulação de AIH entre os Municípios; coordenação da rede de serviços de referência e gerenciamento dos serviços de alta complexidade; (...) coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; elabora programação integrada

com os Municípios; desenvolve programa de capacitação de Municípios que não tenham condição técnica e material para serem enquadrados na condição de gestão incipiente" (Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 1994). Destaca-se que a Comissão Bipartite tem possibilidade de definir formas de encaminhamento não previstas pela NOB, desde que não contrariando os dispositivos legais, e os acordos devem ser aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, que prevalece sobre a NOB.

São definidos os seguintes **organismos colegiados**:

Comissões Intergestores: Comissão Tripartite, no nível federal, e **Bipartite** no estadual.

Da primeira participam representantes do Ministério da Saúde, Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, com representação paritária. O CONASS e o CONASEMS indicam os secretários participantes. As decisões da Tripartite devem ser submetidas ao Conselho Nacional de Saúde, com poder deliberativo. As atribuições da Comissão são as seguintes: formular parecer sobre valores da UCA; decidir sobre habilitação de Municípios à condição de gestão semi-plena; definir critérios para correção de séries históricas de custeio; avaliar o processo de enquadramento dos Municípios nas condições de gestão enquanto os Estados não instituírem Comissões Bipartites, assim como avaliar o mesmo processo no que diz respeito aos Estados; assessorar o MS na elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS, entre outras (para mais detalhes, ver p. 10 do documento citado).

Na Comissão Bipartite participam, paritariamente, representantes da Secretaria de Estado da Saúde, de Secretarias Municipais (a indicação destes é feita pelo colegiado ou pelo CONASEMS) e o Secretário de Saúde da capital do Estado. "As decisões da Comissão Bipartite devem ser submetidas ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde". As atribuições da Comissão são, principalmente, as de regulamentação do processo de descentralização na esfera estadual e estabelecimento de critérios para tanto, que devem ser submetidos ao Conselho Estadual; elaboração em conjunto com a SES da programação

orçamentária para o Estado; análise e encaminhamento ao MS das solicitações municipais de enquadramento nas diferentes condições de gestão; quanto às AIH, elaboração de propostas de modificação na distribuição dos tetos quantitativos entre o Estado e os Municípios, assim como a definição do funcionamento da Câmara de Compensação de AIH no Estado e, de modo geral, a avaliação dos processos de enquadramento nas condições de gestão dos Municípios (ver p. 11 e 12).

Instâncias de participação social:

Conselho Nacional de Saúde - é um órgão consultivo e deliberativo, presidido pelo Ministro da Saúde e formado por mais 29 membros, que devem representar os usuários, trabalhadores da saúde e governo. Tem como atribuição a formulação de estratégias e o controle da Política Nacional de Saúde; com a NOB/93, deve agir como instância máxima a ser acionada por qualquer uma das outras instâncias em caso de dúvidas e divergências; aprovar os valores da UCA; controlar o cumprimento dos requisitos de gestão incipiente para os Estados no prazo estabelecido pela NOB/93.

Conselho Estadual de Saúde - é consultivo e deliberativo, responsável pela formulação de estratégias e controle da política estadual de saúde; deve ser criado por lei estadual, de acordo com os princípios de paridade definidos pela Lei 8142. Tem as seguintes atribuições: referendar ou aprovar as definições da Comissão Bipartite, assim como deliberar sobre divergências surgidas nesta instância; aprovar o Plano Estadual de Saúde; deliberar sobre a programação da SES e sobre modificações que venham a ser propostas pela Comissão Bipartite quanto à distribuição de quotas de AIH, além de acompanhar a distribuição destas, entre outras (ver p. 13 e 14).

Conselho Municipal de Saúde - tem as mesmas características do Conselho Estadual, mas referidas ao âmbito municipal. Com a NOB-93 passa a ter as seguintes funções: deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde, fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde, aprovar a programação orçamentária e os critérios para programação ambulatorial e hospitalar, aprovar pleito de enquadramento do Município nas condições de gestão e, no

caso da condição semi-plena, aprovar termo de compromisso elaborado pelo Município.

Quanto aos mecanismos de **financiamento**, a NOB-SUS 01/93 mantém, de modo geral, o **convênio** como forma de repasse de recursos financeiros; os gastos com **serviços ambulatoriais** são cobertos por recursos repassados aos Estados (RCA- Recurso de Cobertura Ambulatorial), cujo montante é calculado em função da UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial (para o cálculo da UCA ver p. 22). É importante destacar que o RCA é utilizado no pagamento de serviços ambulatoriais prestados pelos Municípios, pela rede contratada e pelo Estado, com base em uma tabela de procedimentos definida pela esfera federal. O Teto Financeiro Ambulatorial é definido, para os Municípios, a partir de uma série histórica dos gastos, o que em tese permite um maior controle dos recursos repassados. Quanto aos **serviços hospitalares**, o Governo Federal define também uma tabela de valores para a remuneração de procedimentos, e os Estados e Municípios recebem um número de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) que é proporcional à população (teto quantitativo de AIH), sendo que os Estados recebem o equivalente a 10% da sua população, dos quais 8% devem ser repassados às Secretarias Municipais e 2% permanecem com a Secretaria Estadual (o que, no entanto, pode ser alterado pela Comissão Bipartite, desde que não ultrapasse a porcentagem de 10% e que tenha a aprovação do Conselho Estadual de Saúde). Há ainda outras formas de financiamento, tais como o FAE (Fator de Apoio ao Estado) e o FAM (Fator de Apoio ao Município), que revogam mecanismos anteriores e se adequam às diferentes condições de gestão (para detalhes, ver p. 24), além da determinação pela NOB de que os recursos de investimento serão alocados segundo o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, o que deve ser compatibilizado com os Planos Estaduais e Municipais de Saúde, que são, por sua vez, aprovados nos Conselhos de Saúde respectivos.

1993, 27 de julho - Extinção oficial do INAMPS e centralização de decisões e recursos federais a cargo do MS (Mercadante, Yunes, Chorny, 1994).

1996 agosto - O Ministério da Saúde emite a portaria 1.742, que institui a **NOB/96**. Na sua introdução encontra-se o tema principal da

Portaria: “a gestão plena com a responsabilidade pela saúde do cidadão — que busca construir a plena responsabilidade do poder público municipal” (*Diário Oficial*, 1996). Duas condições de gestão municipal — a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal — são propugnadas como categorias de responsabilidade do gestor. A primeira credencia o gestor municipal para, prioritariamente, elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerir unidades ambulatoriais próprias e contratar, controlar, auditar e pagar aos prestadores dos serviços procedimentos e ações de assistência básica. Quanto à Gestão Plena do Sistema Municipal, ela propicia ao gestor a possibilidade de elaboração de toda a programação municipal, inclusive a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo assim aos Municípios a ampliação de sua responsabilidade pelas necessidades da população. Esta modalidade de gestão cria portanto a possibilidade do estabelecimento de novas alternativas de gestão municipal da saúde. Tais alternativas estão contidas nos limites atuais das relações institucionais entre os poderes governamentais e destes com o setor privado, mas com esta Norma, permite-se o estabelecimento de formas de gestão ainda não consagradas ou pouco avaliadas.

1996, 01 a 06 de setembro - Realização da X Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, sob o lema “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, que define como objetivos analisar e avaliar a situação de saúde no país, os obstáculos e avanços na implementação do Sistema Único de Saúde, e propor diretrizes e caminhos para a efetiva construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida. De acordo com o programa oficial, algumas das questões contempladas são:

- “a necessidade de recuperar e reforçar a crença na humanidade, no ser humano e nos valores éticos da solidariedade social e dos direitos da cidadania, visando a permanente formulação de utopias de uma sociedade menos desigual e injusta;
- a necessidade de reconhecer o processo real por onde o SUS já está sendo concretamente implantado, em cumprimento aos preceitos constitucionais, com resultados otimizados para

a população e estratégias mais eficientes de implantação do novo modelo assistencial;

- a necessidade de recuperar o compromisso constitucional da Seguridade Social, definida como o conjunto das 'ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar o direito à saúde, previdência e assistência social', assim como o grande instrumento da sua realização — o Orçamento da Seguridade Social, no seu montante e na sua execução, vinculando à saúde percentual a ser definido de forma transparente;
- a necessidade dos Conselhos de Saúde nacional, estaduais e municipais promoverem a criação e o funcionamento democrático de Conselhos de Saúde no âmbito regional, distrital e de cada unidade prestadora de serviços ou num conjunto de pequenas unidades, visando ampliar os espaços do controle social ao cotidiano da prestação de serviços, simultaneamente à implementação de uma permanente prestação de contas a estes Conselhos Comunitários, dos resultados e da qualidade dos serviços prestados.”

1996, 24 de outubro - É sancionada pelo Presidente da República a lei que cria a CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, após aprovação na Câmara e Senado. O Ministro da Saúde, Adib Jatene, foi o principal defensor da criação da Contribuição, que entrará em vigor a partir de janeiro de 1997 e terá a duração de 13 meses. Estima-se que a CPMF, com alíquota de 0,2% sobre todas as operações bancárias², terá uma arrecadação de 400 milhões de reais mensais, que serão destinados ao Fundo Nacional de Saúde. A Lei estabelece que os recursos arrecadados não poderão ser destinados a entidades com fins lucrativos, mas segundo o Ministro da Saúde, o que se pretende é um aumento de 25% nos preços pagos pelo governo federal à rede conveniada (*Folha de São Paulo*, 23/10/1996, p. 1-11 e 25/10/1996, p. 1-7)

² A lei define uma série de isenções, tais como aposentadorias com valor de até 10 salários mínimos, salários de até três mínimos, seguro-desemprego, saques do FGTS e do PIS/PASEP, transferências realizadas pela União, Estados e Municípios, entre outras.

Bibliografia consultada:

- Brasil - Ministério da Saúde. *Programa Oficial - IX Conferência Nacional de Saúde: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*. Set/1996
- Campos, M. C. S. de Souza e Redigolo, M. A. "A Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e a implantação do Sistema Unificado". *Revista de Administração de Empresas*, vol. 32, nº 1, jan./mar. 1992. pp. 16-30
- Castro, Maria Helena Guimarães e Viana, Ana Luiza d'Ávila. Brasil: a reforma do Sistema de Saúde. Campinas: NEPP, maio 1992 (mimeo)
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). IX Conferência Nacional de Saúde. *Revista do CEBES*, nº 36, out. 1992, pp. 4 -5
- Cohn, A. (coord.). *Descentralização, saúde e democracia - O caso da cidade de Santo André*. São Paulo: Cedec, 1995 (Cadernos Cedec, nº 42)
- Iyda, Masako. Notas sobre as Reformas Administrativas da Secretaria de Estado da Saúde, s. d. (mimeo)
- Junqueira, Luciano A. Prates e Inojosa, Rose Marie. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde do Estado de São Paulo: do ERSA ao SUDS-S.P. São Paulo, FUNDAP, out. 1992 (mimeo)
- Mercadante, O. A., Yunes, J. e Chorny, A. "Decentralización y municipalización de los servicios de salud en São Paulo, Brasil". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 116, nº 5, mar. 1994
- Ministério da Saúde. "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Brasília, 1993
- Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. Manual "Avançando para a municipalização plena da Saúde", Brasília, 1994
- Muller Neto, Júlio S. "Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores". *Saúde em Debate*, nº 31, mar. 1991
- NEPP/Unicamp (vários autores). *Brasil, 1987. Relatório sobre a situação social do país*. Campinas, 1989

NEPP/Unicamp. "Educação, saúde e atenção ao menor no Estado de São Paulo: uma avaliação dos serviços públicos estaduais". Relatório de Pesquisa, 1991; subprojeto 2: "Avaliação da implementação do sistema de saúde no Estado de São Paulo", coordenado por Ana Luiza D'Ávila Viana

Norma Operacional Básica do SUS 01/96: Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996. *DOU* nº 170, 02/09/96

Oliveira, Jaime Antonio de Araújo e Teixeira, Sônia M. Fleury. *(Im)previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989 (1ª ed. 1985)

Viana, Ana Luiza d'Ávila. *Sistema de Saúde e descentralização. A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões*. Instituto de Economia, Unicamp, 1994 (Tese de doutorado)