

Neoliberalismo e Saúde Pública: Uma difícil equação¹

Pedro Henrique Carinhato e SILVA²

RESUMO

Este trabalho tem o intuito de iluminar aspectos pouco estudados ou mesmo negligenciados atinentes à conflituosa relação entre a construção e manutenção do SUS e as políticas neoliberais. Em termos gerais, destacamos as posições e políticas antagônicas que se enfrentaram no decurso dos anos 90, caracterizou um confronto desigual, porquanto as políticas de cunho liberal buscaram e foram, por vezes, exitosas no intento de subverter a lógica imposta a partir da Constituição de 1988, a qual preconizou a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Palavras-Chave: Constituição de 1988; neoliberalismo; Saúde Pública; Reforma Sanitária

O panorama histórico das políticas de saúde

Os anos 80 se revelam para o campo da saúde, enquanto importante ponto de inflexão devido ao iminente ocaso do Regime Militar e seu conseqüente processo de democratização e a grave crise econômica – que internacionalmente já se vinha delineando desde 1970 – como reflexo do esgotamento do padrão de desenvolvimento iniciado no período de 1930. Tem-se no espectro político, por meio da mobilização de parte da sociedade civil brasileira, a organização de um movimento pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Desse grupo, fizeram parte, basicamente, professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas e movimentos populares pela saúde, além de outros setores da sociedade. Denominado Reforma Sanitária, estudos o datam de meados dos anos 70, a partir da criação de uma série de instituições empenhadas na universalidade e equidade da assistência à saúde. É o caso do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de 1976 e da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) de 1979³. Já não se condenavam mais os fatos sociais a serem externos ao processo saúde-doença, mas reconhecendo a especificidade inerente deste, passava-se a concebê-lo também como parte

¹ Artigo elaborado a partir das análises referentes à pesquisa “Políticas Sociais no governo FHC – A Questão da Saúde Pública”, financiada pela FAPESP.

² Aluno do bacharelado em Ciências Sociais (e-mail: pedrohces@hotmail.com), tendo como orientador o Prof. Dr. Francisco Luiz Corsi, na Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP, CEP: 17525 – 900, Marília, SP, Brasil.

integrante do social. Nesse sentido, principiava-se a deslindar as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área de saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo e atuação.

No Brasil, em que pese a diversidade de estratégias propostas para a conformação do movimento da Reforma Sanitária, todas elas apresentaram a cidadania como elemento comum. Essas proposições nucleares ao movimento repousaram seus princípios articuladores na estatização dos serviços de saúde, na Constituição do Sistema Único de Saúde, na descentralização, na universalização e na equidade do direito à saúde. Esses ideais, formulados já na segunda metade do decênio de 70, vão se traduzindo e aperfeiçoando em medidas concretas na década subsequente, produto do intrincado jogo de forças entre os setores progressistas – articulados em torno das teses reformistas – e conservadores.

Esse novo olhar sobre a saúde se mostrou absolutamente necessário, dado que concomitantemente ao crescimento estrondoso da medicina privada, os anos 80 foi palco de uma aguda crise financeira da previdência social, que acometeu sobremaneira o setor da saúde. Nesse contexto, ante as ameaças de drásticas restrições dos gastos previdenciários com assistência médica, vêm a público propostas alternativas de fortalecimento do setor público de saúde e uma nova forma de remuneração na compra dos serviços privados de assistência médica.

O conhecimento e a tentativa de implantação em âmbito nacional de diversos programas deixaram dois traços marcantes: ao tempo em que provocou forte reação do setor privado e de médicos, as Ações Integrais de Saúde (AIS) foram interpretadas pelos “reformistas” como estratégia central para a conformação do Sistema Único de Saúde no país, proposta já formulada em 1978 (Cohn, 1989). Outro modelo decorrente dos já citados foi o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Essa nova proposta previa, do mesmo modo que as AIS, financiamento tripartite – federal, estadual e municipal – e o reforço da autonomia desses últimos em dois níveis na gestão da saúde. O objetivo atinente ao SUDS é a universalização do acesso aos serviços, via fortalecimento do setor público. Com relação ao arcabouço institucional criado pelos programas, é possível considerá-lo

³ Para ver artigo sobre um dos atores mais importantes da Reforma Sanitária, conferir Cordeiro (2004).

como um processo exitoso, dado que revelou avanços significativos na contribuição do SUS, objeto precípua da Reforma Sanitária. Segundo Amélia Cohn:

“Já no caso das AIS, por exemplo, não só em tese ocorreu uma integração do INAMPS com o Ministério da Saúde como foram previstas diferentes instâncias de coordenação institucional, as CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS⁴” (Cohn, 1989, p. 128).

Paralelamente às experiências realizadas, pululavam alhures reuniões e encontros, seja em âmbito, estadual ou municipal, a fim de discutir questões teóricas, relacionando aspectos políticos e sanitários, e questões práticas, como a busca e a consolidação de novas tentativas. Um momento relevante para a organização da Reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com discussão e aprovação do documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, aduzido pela diretoria nacional da CEBES, baseado em estudo elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro). Poucos anos mais tarde, em dezembro de 1984, foi realizado um novo Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o qual foi marcado pelo intento de estabelecer um consenso entre o movimento sanitário e as entidades de representação dos empresários do complexo da saúde. A resolução do encontro foi sintomática: o único ponto acordado entre as partes referia-se à necessidade de ampliação das dotações orçamentárias para o setor. A partir de outra reunião – dessa vez sediada em Montes Claros (MG) –, da qual participaram lideranças que se apresentavam para debater propostas para o governo, sucederam-se reuniões com o intuito de esmiuçar a futura operacionalização da proposição para a chamada Nova República, principalmente no tocante ao processo de unificação do Ministério da Saúde e INAMPS, e a passagem da Central de Medicamentos da Previdência Social para a Saúde.

Os passos definitivos para a conformação dos preceitos e das práticas da Reforma Sanitária foram cumpridos na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, após conferências preparatórias efetuadas em todos os

⁴ Comissões Interinstitucionais de Saúde, Comissões Regionais de Saúde, Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde, Comissões Locais e/ou Municipais Interinstitucionais de Saúde.

estados da Federação. Foram debatidos entre os participantes os seguintes temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor.

O ponto que suscitou maior discussão entre os participantes foi acerca da natureza do novo sistema nacional de saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta referente à estatização imediata foi prontamente rechaçada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer cenário hipotético, ficou claro que a participação do setor privado deveria se dar sob o caráter de serviço público “concedido”, sendo o contrato regido sob as normas do direito público. Outro tema deveras polêmico relacionava-se à separação da Saúde e da Previdência. O entendimento majoritário foi o de que a previdência social deveria se encarregar de ações próprias do “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue ao nível federal a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde.

Ressaltamos que, no mesmo texto, aprovou-se a criação de um sistema único de saúde que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente a saúde da previdência e incorporando-os, possivelmente, ao orçamento global da União (Cordeiro, 2004). Na própria Conferência, já se vislumbravam barreiras e obstáculos objetivos e subjetivos para a concretização da Reforma Sanitária. Foram aprovadas moções de que as AIS não deveriam adiar a implantação do SUS; o financiamento e a discussão da operacionalização ainda teriam que ser melhores analisados, embora se recomendasse a constituição de um orçamento social que englobasse os recursos destinados às políticas sociais nos diversos ministérios e dos diversos fundos sociais, cabendo, contudo, à organização de fundos únicos de saúde, nos três níveis da Federação. Além disso, propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde - a Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Ao mesmo tempo, iniciou-se uma estratégia para a implantação do SUS, com a iniciativa, por sinal, questionada por segmentos do Movimento Sanitário e do SUDS, de que o INAMPS deslocaria seus hospitais, ambulatorios e superintendências regionais para o âmbito dos estados (Secretarias Estaduais da Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde). O processo levava adiante as recomendações da VIII Conferência Nacional de

Saúde (CSN), para arrostar o risco de um relativo imobilismo do Ministério da Saúde, que não abria seu orçamento aplicado nos Estados e nos seus diversos programas, por conta da tradição verticalista da instituição (Cordeiro, 1991; Gouveia, 2000).

A Constituição de 1988 e a conquista de um novo paradigma para a saúde

O cenário político-econômico do fim dos anos 80 apresentava diversas forças antípodas que buscavam a hegemonia em suas esferas de poder. No plano político, a Reforma Sanitária, mostrou vigor e astúcia política para levar à prática as deliberações embasadas em alguns anos de intermináveis discussões, que visaram uma alternativa ao modelo de sistema de saúde vigente. Consumada a vitória, destacamos que pela primeira vez nas Cartas Constitucionais brasileiras, foi apresentada uma seção específica para a saúde, consagrando-a como direito do cidadão e dever do Estado. Entretanto, a institucionalização desse novo paradigma para o setor da saúde encontrou enormes conflitos e tensionamentos ao se confrontar com a realidade do acelerado processo de mercantilização da saúde como tendência mundial.

De forma geral, a nova constituição aduziu alguns aspectos relevantes, os quais é pertinente nos atermos. A introdução do conceito de seguridade social constituiu uma das mais importantes inovações incorporadas ao texto constitucional. Ao utilizar esse termo em sua redação, impôs-se uma transformação ao sistema de saúde brasileiro, dado que não só reconheceu a saúde como direito social, mas também erigiu um novo modelo para a organização estatal na área. Esse novo marco referencial está figurado em dois dispositivos: Primeiro (Art. 196), assegurando que o direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento e segundo, (Art. 198), determinando como diretrizes para a organização do SUS o atendimento integral, a descentralização e a participação comunitária.

A constituição do SUS foi o caminho encontrado para universalizar o direito à saúde. Este foi conformado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e

das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada, como explica o Art. 199 da Constituição Federal, pode participar do SUS em caráter complementar, mediante contrato de direito público. Acerca do financiamento, este seria em parte realizado pela seguridade social, mediante recursos provenientes de contribuições sociais e de recursos dos orçamentos da União, estados e municípios, fixando-se 30% do montante da seguridade, até a que a Lei Orgânica da Saúde fosse aprovada (Cordeiro, 2004; Draibe, 1997).

A adoção de tais medidas visou a instituição de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário que rompesse definitivamente com o *modelo corporativista*, buscando substituí-lo por um *modelo redistributivista*. A universalização descrita na carta constitucional, na medida em que incluiu grupos sociais que não contribuíram diretamente para o financiamento do sistema, é fruto da absorção gradativa de novos segmentos sociais através do esforço político do movimento da saúde. Porém, como assinalada Coutinho (1996), tomando um caminho distinto do previsto pelos sanitaristas, a universalização passou a adquirir características “excludentes”. Este padrão é diferente do inglês, gerado durante as reformas do aparelho estatal de proteção social, tendo uma universalização “inclusiva”, e com predomínio do setor público na oferta de serviços. Segundo Filho e Oliveira (1990), o tipo de financiamento do sistema está na superioridade do financiamento fiscal, que se acomoda melhor à socialização dos custos, caracterizando-se pela redistributividade e tendo como principal fonte de financiamento o Tesouro.

Portanto, inversamente ao modelo inglês, a universalização do padrão brasileiro tornou-se eficiente por efetivar o direito à saúde não pela inclusão da totalidade da população, mas sim por torná-lo apto a atender os setores sociais com menor poder aquisitivo⁵. Nesse sentido, a universalização excludente alcançou na prática sua função redistributiva à medida que a resistência que os setores de cima poderiam opor à manutenção dos obstáculos à entrada no sistema foi contornada pela viabilização do acesso desses segmentos ao subsistema privado de saúde. Ao visar exclusivamente tal subsistema, as camadas mais abastadas deixam de pressionar para que os serviços funcionassem adequadamente, representando uma lógica perversa, se atentarmos para o modo de financiamento do subsistema privado, realizado pelo Estado. Nesse sentido, colocou-se

⁵ Para ver uma discussão atinente aos modelos inglês e americano, cf. Médici, 1994.

uma cunha entre o público e privado, sendo que ao primeiro cabe a parte mais onerosa, e ao segundo, o acesso os serviços de “ponta” e lucrativos, restritos à camada populacional detentora de fartos recursos.

A proposição incorporada no texto constitucional propiciou a diversificação das fontes financiadoras, mas não a separação do custeio para a saúde, previdência e assistência, fontes de financiamento: Contribuição Social sobre Folhas de Salários dos Empregados e Empregadores e Trabalhadores Autônomos; a Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas (COFINS); a contribuição sobre o Programa de Integração Social (PIS) e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), que recaindo igualmente sobre o faturamento, foram vinculadas somente ao Ministério do Trabalho, passando seus recursos a formar o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

O princípio da descentralização do SUS foi perseguido a partir de duas direções: a primeira, no deslocamento do poder do centro para a periferia, através da atribuição ao município o *status* de ente federado dotado de autonomia; na determinação de que, nos casos de competência concorrentes, a União limitar-se-ia a estabelecer normas gerais; e no estabelecimento de uma nova partilha tributária que aumentasse a participação de Estados e municípios nos tributos federais e ampliasse o poder de tributar dessas instâncias. A segunda diretriz decidida foi a participação da comunidade, que só seria regulamentada dois anos depois, com a criação de duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (Coutinho, 1996).

A descentralização foi caracterizada pela Constituição de 88, como condição central e fundamental para o pleno funcionamento do SUS, com diversos componentes:

- Cabe ao governo Federal a responsabilidade por ações transestaduais no setor da saúde pública e as vigilâncias sanitária e epidemiológica, e apoiar financeiramente os Estados e municípios a efetivar os intentos do Plano Nacional de Saúde;
- Aos Estados compete executar ações transmunicipais além das vigilâncias, a organização de suprimentos básicos, como medicamentos e no que tange ao financiamento, repassar recursos para os níveis municipais demarcando os critérios que deveriam ser usados para tal repartição dos custeios;

- Os municípios passam a ser unidades básicas de gestão e prestação de serviços de saúde, delimitando as formas de gestão, como a relação com os setores público e privado;

- Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde seriam relevantes órgãos de gestão, fiscalização e controle (Coutinho, 1996; Médici, 1994).

Além das diretrizes aduzidas, o plano proposto de descentralização previa uma transição entre o atual contexto centralizado para um descentralizado de planejamento de serviços:

- *Situação Transicional Incipiente*, na qual as Secretarias Municipais de Saúde passariam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos controlados nos municípios. Estes receberiam uma cota de 8% da população e assumiriam o gerenciamento integral da rede ambulatorial existente na localidade;

- *Situação Transicional Parcial*, quando Estados e municípios, afora as responsabilidades gerenciais propostas no primeiro quadro, receberiam os recursos financeiros atinentes à diferença entre o que foi gasto com as despesas do pagamento aos prestadores públicos e privados;

- *Situação Transicional Semi-plena*, na qual Estados e municípios estariam exercendo a totalidade de suas responsabilidades quanto ao gerenciamento e reordenamento do modelo assistencial;

- *Situação desejada*, aquela onde Estados e municípios, tendo assumido plenamente a gestão do SUS em suas esferas de governo, passariam a recolher o repasse financeiro global direto e de forma automática (Médici, 1994).

Segundo Oszalk (1990), é de suma importância que a análise do programa de descentralização seja realizada à luz da distinção de conceitos, os quais podem provocar falsas conclusões. De acordo com o autor, a descentralização no campo da saúde está necessariamente vinculada à dimensão territorial-espacial. Nesse sentido, supõe-se uma correlação entre um determinado espaço e um conjunto de recursos, de população e de tecnologia próprios para atenção à saúde. O critério fundamental para a descentralização não pode ser somente o econômico e administrativo, sob o risco de se perder o plano

ideológico, obstaculizando um pleno processo de descentralização. Deve-se deixar claro que, apesar da apresentação e conceituação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, isso significou - tão somente - um ponto de partida para uma conturbada relação entre SUS, Estado e economia. Segundo Elias:

“O SUS emerge completamente sitiado pela disposição da relação Estado/Sociedade nesse momento histórico. Encontra-se acossado por novos e velhos problemas, como o acolhimento da mercantilização da saúde, caracterizada pela regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguros privados), e pela ineficiência social da máquina pública e por suas debilidades na regulação e área e setores estratégicos para a emancipação social” (Elias, 2004, p. 44).

Anos 90: Reorientações no setor da saúde

Amplamente analisado, o final do século XX brasileiro foi de intenso alvoroço nos planos político, econômico e social, com idas e vindas de presidentes, estratégias para debelar o regime inflacionário, adoção do paradigma neoliberal. Para as políticas sociais e o setor da saúde, o período se apresentou de forma hostil, dado que a agenda liberal se impôs a partir do ajuste fiscal do Estado, o que resultou em violento “desfinanciamento” das políticas da área social.

O cenário descrito refletiu naquele que seria um momento decisivo para organização do SUS, a implementação da Lei Orgânica de Saúde⁶. Segundo Cordeiro (2004), foi uma conjuntura que se caracterizou por recuos, composições entre as forças de pressão entre diversas correntes ideológicas, com desafios renovados à práxis do movimento sanitário. Mais uma vez, os Ministérios da Saúde e da Previdência entraram em rota de colisão com ante-projetos distintos, encaminhados à Presidência da República de forma independente. Assim como ocorrera em um passado pouco distante, os pontos controversos da lei foram mediados pelo Chefe de Estado ou levados para novas negociações. Nesse sentido, a protelação das decisões fez com que elas só fossem levadas a cabo no início dos anos 1990, às vésperas da posse do presidente Fernando Collor de Mello.

⁶ Lei n.º 8080, de Setembro de 1990.

A consubstanciação do SUS requer a existência e instrumentos de regulação que deem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas passaram a representar mecanismos fundamentais para a concretização do princípio da descentralização, estabelecido na Constituição e legislação do SUS. As NOBs representaram instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam especificamente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de deslocamento de recursos federais para Estados e municípios. Vale dizer que os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo foram peças essenciais da política de saúde, pois atuaram como definidores da partilha de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera do governo no sistema de saúde.

Nos anos 90, tivemos a edição de três NOBs (Norma Operacional Básica) – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 – que trataram de outros aspectos da organização do sistema de saúde, além do citado anteriormente⁷. A NOB 91 conteve três proposições principais:

- A uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, incluindo os universitários e filantrópicos;
- A criação e ampliação de sistemas de informações informatizados e centralizados, que permitiriam acompanhar a produção e o desempenho dos serviços e saúde das esferas Estaduais e municipais, bem como auxiliar a instalação de mecanismos de controle e análise;
- A decisão de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento e o estabelecimento do rumo a ser seguido pelos sistemas de saúde locais (Médici, 1994).

O projeto de descentralização do período Collor de Mello representou uma estratégia de *municipalização tutelada*, com grande poder normativo e de alocação de recursos pelo governo federal, ainda no modelo convenial de transferências financeiras, através de critérios pouco transparentes, além do pagamento direto do MS/INAMPS por procedimentos realizados, com tratamento similar para os serviços público e privado. Nesse

⁷ Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do Ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS.

sentido, tal alteração transformou os prestadores públicos – Estados e municípios – em meros vendedores de serviços para a União. O que estava previsto para ser uma parceria transformou-se em uma relação de compra e venda, configurando um movimento de recentralização (Junqueira, 1997).

A formulação da NOB 93 ficou marcada por elementos e eventos associados à política de saúde no princípio da década de 90: o movimento ascendente da municipalização, as críticas e dificuldades no processo de descentralização da política de saúde, e por último, o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde. De acordo com Levcovitz *et alii* (2001), o encontro, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, caracterizou-se por seu conteúdo municipalista ante às discussões dos grandes temas macroeconômicos e macropolíticos no setor da saúde. O painel traçado na ocasião sinalizou para que o processo de municipalização das ações e serviços de saúde ainda encontrava-se em estágio incipiente, seja do ponto de vista dos mecanismos de transferência de recursos financeiros federais necessários para o custeio do sistema de saúde local, seja sob o aspecto do robustecimento da capacidade gestora.

O resultado da Conferência foi expresso no documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que sistematizou os principais trabalhos desenvolvidos. Sinteticamente, os novos planos para a descentralização a serem postos em prática deveriam:

- Respeitar as diversidades loco-regionais brasileiras, tanto sob seus elementos econômicos e sociais, como sob os aspectos atinentes às distintas capacidades e vontades de assunção das novas responsabilidades gerenciais e políticas pelas respectivas instâncias de governo;
- Assegurar a importância das relações de parceria entre os gestores como alicerce para a estruturação dos sistemas de saúde (Lucchese, 1996).

A instituição da NOB 93 deixou claro que seus propositores reconheceram a necessidade de uma estratégia de transição para um modelo de descentralização pelo do sistema de saúde. Para isso, regulamentou-se e estipularam condicionalidades à execução descentralizada do SUS, por intermédio da criação de níveis transicionais crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades financeiras distintas. Ascendência aos níveis de gestão aconteceria *pari passu* ao comprometimento do

gestor na organização da assistência à saúde, mensurada através da realização de certos parâmetros preestabelecidos pela norma.

Destacamos que a NOB 93 radicalizou a relação direta entre o nível federal e o municipal com o modelo de gestão semiplena, pois não só atenuou a exigência do instrumento convenial para a transferência de recursos, como preconizado pela NOB 91, mas também honrou com o repasse automático dos recursos federais aos fundos municipais. Finalmente, concluímos que a NOB 93, apesar de redimensionar o poder de interferência dos Estados na orientação da política de saúde, não sinalizou para soluções acerca da configuração de novas funções para as instâncias Estaduais no sistema de saúde, nem delimitou e garantiu os recursos e instrumentos necessários a sua implementação.

A partir de janeiro de 1998, o sistema de saúde brasileiro foi submetido a uma profunda reestruturação, com a entrada em vigor de uma nova regulamentação, a NOB 96. Esta foi editada na gestão de Carlos César Albuquerque à frente do Ministério da Saúde, mas as negociações atinentes ao seu conteúdo e forma tiveram início durante a gestão do ministro Adib Jatene, ambas no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. O documento confeccionado para a NOB 96 levou o dístico “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” e com a citação dos marcos legais que a nortearam, ou seja, os princípios e diretrizes consubstanciadas na Constituição Federal e nas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90. Portanto, reafirmaram-se, ao menos formalmente, os elementos constitutivos da universalidade, da equidade, da integralidade da assistência e da responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos. Os objetivos gerais da NOB 96 podem ser assim resumidos:

- Promoção e consolidação do pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva definição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União;
- Estabelecimento de vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela saúde, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela (Levcovitz *et alii*, 2001).
- O impulso dado no sentido da responsabilização dos municípios ficou bastante evidente com a criação do SUS Municipal, que consistiu em subsistemas, um para

cada localidade, que deveria responder pela totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS⁸.

Dentre as mudanças definidas pelo Ministério da Saúde por meio da edição da NOB 96, destacamos a alteração nos modelos de gestão municipal de saúde. A nova normatização extinguiu os três modelos até então vigentes e criou duas novas categorias de gestão às quais os municípios deveriam se habilitar. Os modelos diferenciaram-se ante as responsabilidades que passariam a ser atribuídas ao gestor municipal. Os dois novos modelos foram: Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GSPM)⁹. Uma inovação se fez presente a partir da constituição do PAB (Piso de Atenção Básica) em 1997 que, somando-se às transferências anteriores, passou a destinar um valor mínimo por habitante/ano para custear ações básicas de saúde (Draibe, 1997). Juntamente com o PAB, outros programas básicos passaram a existir, como o incentivo ao Programa Saúde da Família (PSF) e o incentivo ao Programa e Agentes Comunitários da Saúde (PACS). De acordo com o documento editado pelo MS, o PSF consistia na criação de equipes de saúde em regime de dedicação exclusiva para que exerçam a atenção a uma comunidade, priorizando ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. Já o PACS, tinha por objetivo melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde individual e da saúde de sua comunidade, transmitindo-lhe informações e conhecimentos.

Segundo os pesquisadores Irineu B. Junior e Zilda Pereira da Silva, a instituição do Programa Saúde da Família significou uma reorientação na política de saúde, permitindo que ações focalizassem os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde, aumentando a cobertura essencial. Para Noronha e Santos (2001), o PSF - mas não somente ele – representou o início da perda da dimensão integradora das políticas de saúde, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o local é privilegiado como único espaço capaz de dar respostas supostamente mais eficientes e acordes às necessidades da população. Subjacente ao processo de radicalização da municipalização, estaria o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e

⁹ O modelo GSPM era mais complexo e exigia maior capacidade do município em geri-lo do que o padrão GPAB, mas em ambos formatos, transferiam-se uma significativa parcela da responsabilidade pelas condições de saúde das populações para os municípios (Ugá *et alii*, 2003).

determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma se encontram em um intenso processo de pauperização.

Considerações Finais

O fato da entrada em vigor da NOB 96 ter se dado no começo do ano de 1998, data que as reformas aplicadas pelo MARE (Ministério de Administração e Reforma do Estado) se fizeram sentir, não é uma simples coincidência. A assertiva se tornará clara, se levarmos em conta que o período aberto pelo governo Cardoso, como buscamos demonstrar ao longo desse trabalho, caracterizou-se pela promoção de alterações substanciais no processo de reformulação do sistema de saúde. Radicalizaram-se algumas diretrizes – como a municipalização – e foram introduzidas novas concepções, estas mais identificadas com as prescrições de agências multilaterais (Elias, 1999). Nessa medida, a descentralização da saúde passou a ser enunciada mais por seu componente racionalizador do que propriamente pelas suas potencialidades no incremento da democratização da instância municipal, como até então formulada pelo discurso dos municipalistas.

Para além das problemáticas constituídas no processo de descentralização¹⁰, a proposta do governo Cardoso para esse tema se mostrou distinta do que havia indicado o movimento da Reforma Sanitária. A nova sistemática distributiva, apesar de igualar valores *per capita* para o financiamento de atividades ambulatoriais consideradas básicas, não considerou as desigualdades inter-regionais, tanto no que se refere às necessidades existentes, quanto aos modelos assistenciais das diferentes regiões. A implementação do PAB aparentemente corrigiu parte das desigualdades na alocação de recursos, porém recolocou vários outros problemas, tais como a necessidade de redimensionamento da variável populacional, no caso das regiões com maior cobertura dos seguros privados; a redefinição do valor *per capita* segundo necessidades, e não fixação de um único valor nacional; a consideração de uma clara definição do “pacote” de atenção básica a ser ofertado e da estrita regulação sobre o setor privado, com exigência de ressarcimento de gasto. Almeida (1999) nos alerta para importante ponto acerca da redefinição do papel do

¹⁰ De acordo com estudo de Ugá *et alii* (2003), os principais avanços da descentralização – sob diversas variáveis - podem ser encontrados em localidades mais desenvolvidas – sobretudo nas regiões Sudeste e Sul – determinando uma nova desigualdade entre municípios ricos e pobres.

Estado no campo sanitário, pois argumenta que a partir da ênfase na regulação e no enfoque seletivo do governo, o Estado teria se inserido na perspectiva da legitimação da política econômica restritiva, ou seja, houve coerência com a mudança da função distributiva do Estado, privilegiando o setor privado, livrando-o da diversidade, da competição de mercado, mas buscou também o consenso para sua implementação, ao incluir os principais tópicos que estiveram presentes no debate crítico setorial e ao pactuar uma ação articulada entre instituições, especialmente em nível internacional.

Asseveramos que, não obstante os avanços e êxitos alcançados com o processo de descentralização, este tomou novo rumo a partir do governo Cardoso, que distintamente da concepção dos articuladores da Reforma Sanitária - que buscaram um sistema de saúde verdadeiramente único, universal e igualitário, onde as necessidades assistenciais, e não a capacidade de pagar, definiriam o acesso e a utilização dos serviços – priorizou a delimitação da ação estatal, desresponsabilizando-o das necessidades da população, relegando parte dos municípios a sua própria sorte e ademais, buscou privatizar os serviços.

Referências

ALMEIDA, C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendência de mudança. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*. São Paulo, n. 19, p. 123- 40, 1989.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Rev. Physis*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.

ELIAS, P. E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *Rev. São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v.18, n. 3, p. 41 – 46, 2004.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MÉDICI, A.C. *Economia e financiamento do setor da saúde*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994.

ARTIGO RECEBIDO EM 2007
