

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA**

**SAÚDE E PREVIDÊNCIA NO BRASIL:
UMA HISTÓRIA A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE**

CLÁUDIA MARIA MELO DE LIMA

**NATAL
2007**

CLÁUDIA MARIA MELO DE LIMA

**SAÚDE E PREVIDÊNCIA NO BRASIL:
UMA HISTÓRIA A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho monográfico apresentado ao Departamento de História da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob a orientação do professor Raimundo Nonato Araújo da Rocha, como requisito parcial para a conclusão do curso de licenciatura e bacharelado em História.

**NATAL
2007**

CLÁUDIA MARIA MELO DE LIMA

**SAÚDE E PREVIDÊNCIA NO BRASIL:
UMA HISTÓRIA A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Banca Examinadora do curso de História da Universidade Federal do Rio Grande do norte em dezembro de 2007.

Prof. Raimundo Nonato Araújo da Rocha
(Depto de História / UFRN)
Orientador

Profa. Maria Dalva Horácio da Costa
(Depto de Serviço Social / UFRN)
Examinadora

Prof. Almir de Carvalho Bueno
(Depto de História / UFRN)
Examinador

Agradecimentos

Á Deus que é razão da minha existência e a quem tudo devo.

Aos meus pais, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços me proporcionando sempre a educação necessária para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Aos meus amigos de verdade a quem sempre me estimularam e me ajudaram nos momentos mais difíceis dessa jornada. Aos amigos de trabalho Valfredo, Jussiara e Andréa, os quais sempre me cobriram nos momentos em que tive que me ausentar do trabalho para ir à Faculdade. Os amigos de curso, Rosália Carrilho, Pedro Júnior, Sarah da Mata e Carpegiano Oliveira que me auxiliaram na transmissão do conteúdo naqueles dias em que não pude estar presente na sala de aula.

Aos professores Helder Viana e Almir Bueno que em meio aos meus horários divididos entre trabalho e faculdade, me concederam a oportunidade de intercalar as aulas pela manhã e noite, me auxiliando dessa forma a prosseguir com o curso.

Ao meu querido professor, orientador e amigo Raimundo Nonato pelo seu apoio, paciência e inspiração no amadurecimento das idéias e conhecimentos que me levaram a execução e conclusão desta monografia.

E por último, em especial, ao meu querido esposo Ricardo Córdula por ter me incentivado e confiado em minha capacidade de concluir este curso. E por todos os momentos em que tive que me isolar pra minhas tarefas universitárias e pude contar com seu auxílio nas outras atividades.

SUMÁRIO

	Pág.
Introdução.....	07
Capítulo I - Desenvolvimento das Conferências Nacionais de Saúde.....	15
1.1 - A I Conferência Nacional de Saúde.....	16
1.2 - A II Conferência Nacional de Saúde.....	19
1.3 - A III Conferência Nacional de Saúde.....	20
1.4 - A IV Conferência Nacional de Saúde.....	24
1.5 - A V Conferência Nacional de Saúde.....	26
1.6 - A VI Conferência Nacional de Saúde.....	29
1.7 - A VII Conferência Nacional de Saúde.....	31
Capítulo II - As Mudanças resultantes das Conferências Nacionais de Saúde.....	35
2.1 - O Sistema Nacional de Saúde e sua Política - Início de um processo de reformulação.....	36
2.2 - Expansão e interiorização dos Serviços de Saúde	41
2.3 - Participação e Cidadania.....	43
Capítulo III - A VIII Conferência Nacional de Saúde.....	46
3.1 - A saúde é um direito de todos e dever do Estado.....	51
3.2 - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde.....	54
3.3. Financiamento do Setor de Saúde.....	56
Conclusão.....	59
Referências Bibliográficas.....	61

LISTA DE SIGLAS

- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CNE** - Conferência Nacional de Educação
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública
- DNS** - Departamento Nacional de Saúde
- DENER** - Departamento Nacional de Endemias Rurais
- FUDS** - Fundo Único Federal de Saúde
- INSP** - Instituto Nacional de Previdência Social
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- ME** - Ministério da Educação
- MES** - Ministério da Educação e Saúde
- MESP** - Ministério da Educação e Saúde Pública
- MS** - Ministério da Saúde
- PCB** - Partido Comunista Brasileiro
- SIOPS** - Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos de Saúde
- SMS** - Serviço Municipal de Saúde
- SNS** - Sistema Nacional de Saúde
- SNT** - Sistema Nacional de Tuberculose
- SUDS** - Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde

I - Introdução

Este trabalho tem como objetivo principal analisar o papel das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) nas mudanças ocorridas na saúde pública brasileira. O texto dará ênfase especial a duas CNS realizadas em Brasília: a V e a VIII. A V CNS, ocorrida em 1975, ganhou destaque por representar uma ruptura de idéias e objetivos com as outras quatro que lhe antecederam; a VIII CNS, reunida em Março de 1986, destacou-se como um marco por criar um sistema de saúde nacional, fundado no princípio da universalidade do direito á saúde.

Nos últimos anos do século XX a questão saúde no Brasil ganhou contornos inovadores. A população passou a se envolver mais explicitamente com o tema e a luta pela melhoria no atendimento passou a ser uma reivindicação bastante forte na sociedade. O papel da VIII CNS foi decisivo para as políticas de universalização que têm sido implementadas nas últimas décadas pelo Estado. Inspirado nessa situação, esse trabalho almeja compreender as mudanças que têm sido operadas na saúde brasileira a partir das CNS.

Foram aspectos ligados ao meu trabalho que me conduziram a este tema. Já faz alguns anos que exerço atividades profissionais em um plano de saúde privado. Nessa condição tenho tido a oportunidade de conviver com dramas dos mais diversos sobre a saúde. Tenho percebido a enorme quantidade de pessoas que mendigam por um atendimento médico. Diante disso, passei a me interessar pelas políticas públicas de saúde desenvolvidas no país. Assim, decidi entender o que significa o SUS e como em diferentes tempos e o Estado Brasileiro tem tratado a saúde. Decidi investigar – característica que é própria do historiador – diferentes transformações e facetas da saúde no Brasil.

Os serviços de saúde no Brasil

Os serviços públicos de saúde emergiram no Brasil durante o século XIX. Entretanto, naquele momento a organização do setor ainda era extremamente precária. Em geral se imaginava que questões de saúde eram de responsabilidade estritamente individual, ou seja, a saúde era entendida como um problema do sujeito e não do Estado. As ações do Estado se resumiam ao controle das doenças epidêmicas

que atingiam o espaço urbano e a difusão/acompanhamento dos padrões de higiene para as classes populares.

Pode-se afirmar que as três primeiras décadas da República se caracterizaram pela existência de modelo de saúde orientado predominantemente para três aspectos: ações de saneamento; ações de controle de endemias, epidemias e, finalmente, ações genéricas de imunização. Nesse período, os assuntos relacionados com a saúde eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública.

Nos anos 1920 a questão da saúde ganhou novos contornos. Por um lado, o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial exigiam que a qualidade da mão-de-obra fosse melhorada continuamente; por outro, as reivindicações do nascente movimento operário incluíam também a saúde entre as suas prioridades. Naquele contexto, tanto se falava sobre a necessidade de medidas que melhorassem as condições sanitárias e de saúde que afetavam diretamente a população, quanto surgiam iniciativas no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas.

Nos anos 1930 são tomadas medidas de saúde pública que almejavam a modernização e a extensão de seus serviços por todo o país. A reforma promovida por Carlos Chagas em 1923, que criou o Departamento Nacional de Saúde (DNS), visava incorporar – como preocupações do Estado – o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica.

O modelo de saúde existente naquele momento estava pautado nas fortes decisões tecnocráticas e adotava um estilo repressivo de intervenção. Isso favorecia o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista, tecnoburocrática e corporativista. O que dificultava a participação da população nas questões pertinentes à política de saúde.

Em 1948 o governo elaborou o Plano SALTE¹, com o intuito de revelar suas previsões de investimentos nas áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia para o período de 1949 a 1953. Por esse Plano – que não vigorou na prática – a saúde teria ênfase especial na política proposta pelo Governo.

Entre as décadas de 1940 e 1960 se detecta melhorias pontuais tanto na situação da Saúde da população como na melhoria das condições sanitárias. Todavia,

¹ Plano formulado durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra objetivando previsões de investimento para as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia, em 1948.

essas melhorias não conseguiram eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias existentes, nem diminuíram as elevadas taxas de enfermidades e mortalidade, em geral, e infantil, em particular.

Na década de 1960 – especialmente durante o Regime Militar – a Política de Saúde significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

A partir dos anos 1970 o Estado adotou medidas – por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS) – que almejaram reforçar a assistência médica curativa e individual. Vinculado ao SNS surgiram vários órgãos, como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Esses órgãos beneficiavam exclusivamente os trabalhadores com carteira assinada que contribuíssem para a Previdência. O INPS e INAMPS executavam as seguintes funções: conceder e manter benefícios; prestar serviços de atendimento à saúde; custear atividades e programas de previdência e ação social; gerir a administração, as finanças e o patrimônio da previdência.

Os atendimentos para desempregados, empregados sem registro formal no Ministério do Trabalho e trabalhadores rurais, a única alternativa era o atendimento prestado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelos órgãos assistenciais do serviço público federal.

Entre os anos de 1974 e 1979 o *Movimento Sanitarista*² – liderado por Sérgio Arouca³ - passou a defender a adoção de medidas que proporcionasse profundas transformações na área da saúde no Brasil. Esse Movimento estabeleceu algumas diretrizes para uma “Reforma Sanitária”. Entre essas diretrizes destacaram-se:

² No final da década de 1970 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que deu início a mobilização social em torno da saúde. Do CEBES surgiu o *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira* (MRSB), identificado como o *Movimento Sanitarista*. Esse movimento, amplamente difundido no Departamento de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), foi o “indutor” da VIII Conferência Nacional de Saúde.

³ Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941-2003) médico sanitário e político brasileiro. Como médico, parlamentar ou como militante partidário, procurou debater e apresentar propostas associadas, predominantemente a questões de saúde, ciência e tecnologia. Tornou-se uma referência mundial na área de Saúde Pública.

descentralização do sistema de saúde, participação da população e organização da comunidade em conselhos. *Bon meo de e continúan*

Essas mudanças propostas não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor de saúde. Mais importante do que as diretrizes advindas com o Movimento, era a idéia que ele introduzia sobre saúde. Nesse sentido, a partir do *Movimento Sanitarista* saúde passou a ser entendida como a melhoria das condições de vida da população. No interior desse Movimento se buscava uma alternativa para o governo na área de saúde, fundamentadas em experiências relatadas, documentos de ações e discussões realizadas.

Concomitante ao Movimento Sanitarista surgiu a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – vinculada a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – que assumiu seu caráter nacional e deu início a descentralização de seus cursos básicos de Saúde Pública, responsável pela demanda de formação de sanitaristas no País. A partir daí vários projetos de saúde comunitária (como clínica da família e pesquisas comunitárias) começaram a ser elaboradas, bem como pessoas começam a ser treinadas.

O movimento da Reforma Sanitária propôs alternativas para um novo sistema de saúde com características democráticas. Em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, houve a elaboração de uma proposta de reorientação do sistema de saúde, tendo como finalidade a estruturação de um Sistema Único de Saúde.

Essa proposta, além da universalização do direito à saúde, defendia a implantação de um sistema de saúde racional, de natureza pública. Um sistema descentralizado, que integrava ações curativas e preventivas, administrado de forma democrática com uma forte participação popular.

Dentre os diversos atores participantes do movimento pela reforma destacavam-se os médicos residentes e os sindicatos médicos e o movimento estudantil. As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado e a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva.

A década de 1980 foi especial para a construção do Projeto de Reforma Sanitária. Naquele momento a sociedade brasileira vivenciava um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964. Assim sendo, novos sujeitos sociais passavam a discutir as condições de vida da população.

Dessa forma, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacaram-se os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades que – ultrapassado o corporativismo – passaram a defender questões mais gerais como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público.

O *Movimento Sanitário* teve como principal veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde⁴ (CEBES). Outros meios de propagação das idéias sobre a reforma foram os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas as temáticas da reforma e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

As conferências

As CNS surgiram, em 1937, durante o governo Getúlio Vargas, por meio da Reforma Capanema⁵. Ao instituir o evento, o Estado Novo conduzia um processo de reformulação da estrutura administrativa do Governo Federal e, sendo assim, buscava orientação para as ações a serem realizadas nas áreas de educação e saúde. Do ponto de vista da Reforma, as CNS constituíam um espaço privilegiado para articulação entre Governo Federal e estados, viabilizando a sistematização de normas técnicas e administrativas da área de saúde.

Por meio das CNS o Executivo Federal desejava instituir mecanismos administrativos destinados a definir prioridades na área de saúde e, ao mesmo tempo, supervisionar e controlar as ações desse setor. As Conferências reuniam administradores e técnicos, representantes dos órgãos públicos de saúde nas esferas federal e estadual.

⁴ Centro de estudos fundado em 1976 que tem como eixo de seus projetos, a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Foi criado com o objetivo de ampliar e prosseguir as discussões no sentido de reafirmar a íntima relação entre saúde e a estrutura social. A revista *Saúde em Debate* foi o veículo criado para divulgar tais discussões. A maior parte dos seus artigos e ensaios constituíam-se em análises críticas ao sistema de saúde vigente, algumas feitas a partir de trabalhos acadêmicos.

⁵ Foi idealizada por Gustavo Capanema a Reforma administrativa nos serviços de saúde e educação. Pautada nos ideais de unidade nacional que orientavam a política varguista, essa Reforma explicitava como objetivos a formação de um novo homem e de uma nova nação. Capanema foi Ministro da Educação e da Saúde do Governo de Getúlio Vargas, entre 1934 e 1945.

Ao longo dos anos as CNS ganharam novos sentidos e se tornaram fórum público de discussão das questões sanitárias.

As quatro primeiras CNS apresentaram idéias relacionadas à higiene, a segurança do trabalho e ao recrutamento de recursos humanos para as atividades de saúde. A V CNS representou um ponto de partida para o processo de implantação de um sistema geral de saúde. Essa Conferência indicou a necessidade do Estado brasileiro prestar serviços de saúde em quantidade e qualidade suficientes para toda a coletividade.

A VI e a VII CNS se organizaram em torno dos projetos elaborados na V CNS. Assim, foram temas de discussão: o controle das grandes endemias e a interiorização dos serviços de saúde, a partir de uma política nacional e dos serviços básicos de saúde.

A VIII CNS estabeleceu claramente as idéias e os projetos de saúde para a universalização do sistema de saúde no Brasil. Suas deliberações foram fundamentais para a elaboração das idéias de saúde presentes na Constituição de 1988. Assim, a criação de um sistema unificado de saúde, tal como prevê essa Constituição, é uma idéia oriunda da VIII Conferência.

A VIII CNS é de fundamental importância para o serviço público de saúde por representar um marco do processo de redemocratização do país, sendo o ponto de partida para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que começou a ser concretizado de forma gradual em todo o país, transformando o sistema público de saúde acessível a todos.

A VIII CNS não se resume ao momento de sua realização. Antecedendo esse evento teve toda uma preparação. Houve todo um processo de discussão (iniciado antes de 1970) que envolveu um grande movimento em defesa da saúde. Nessas discussões foram sendo construídas as idéias de uma nova política de saúde efetivamente democrática, descentralizada, universalizada e unificada. Tais elementos foram essenciais para as reformas do setor de saúde propostas pela VII CNS. Dois temas centrais orientaram a VIII Conferência: o primeiro, *A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania*; e o segundo, *A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial*.⁶

⁶ Sobre essas temáticas haverá uma discussão específica nos capítulos 2 e 3.

Dois anos depois de realizada a VIII CNS, foi aprovada em 1988 a nova Constituição Brasileira. A Carta Magna incorporou grande parte dos conceitos e propostas dessa Conferência. As idéias da Reforma Sanitária e do SUS surgiram na VIII CNS e se constituíram num marco para a história da saúde pública do Brasil.

Estudos na área de saúde e fontes do trabalho

foram
formuladas

Os autores na área de saúde pública do país como Jairnilson Paim⁷ e Sérgio Arouca escreveram várias obras sobre a política reformista de saúde, enfatizando a necessidade de uma reforma sanitária baseada na diversidade do país e na sua complexidade cultural, social, econômica e geográfica. Eles discutiram as questões contemporâneas das 3 últimas décadas sem uma preocupação na reconstrução do passado. Para eles, sua posição sobre a importância das Conferências Nacionais de Saúde e o sistema público de saúde é que deveria ser repensado à luz da Reforma Sanitária e a Saúde, humanizada. Outro pensamento desses autores está relacionado à expansão da cobertura, visando à maior equidade, propiciar viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde, melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários.

Em suas obras, esses autores abordam a necessidade de uma mudança no padrão histórico de ação governamental no campo sanitário. Tal prática exigiria do Estado à adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida. Sobretudo para os segmentos mais carentes da população, além do financiamento de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, descentralização dos serviços de saúde, normalização do controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente, público ou privado. Recorrendo a base documental dos trabalhos de tais autores, encontraremos proposta para o que deveria ser a VIII CNS e a reforma sanitária anunciada pelo SUS. Outro trabalho consultado foi a obra de Cipriano Maia⁸ que elaborou sua tese de doutorado sobre o paradoxo da mudança do SUS, também irá auxiliar na compreensão do trabalho apresentado.

⁷ Jairnilson Paim possui graduação e mestrado pela Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente é professor titular da Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública. Atuando principalmente nos temas Saúde e Nível de Vida.

⁸ Cipriano Maia de Vasconcelos é médico sanitário e coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC/UFRN). Dr. em Saúde Coletiva com a tese Paradoxos da mudança no SUS pela Universidade de Campinas (UNICAMP).

A partir de uma visão geral do processo de formação do SUS, será possível compreender e talvez concluir, os sucessos e fracassos do sistema durante todo seu período de atuação. E também co-relacionar sua ligação do passado com os dias atuais e compreender de que forma a VIII CNS foi à mola mestra que determinou o espaço de saúde na Constituição de 1988. Tudo isso foi o resultado de numa longa trajetória de luta política, sedimentada ao longo do tempo.

No tocante às fontes utilizadas para a elaboração deste trabalho, destacamos: a tese do professor Cipriano Maia sobre o Sistema Único de Saúde; documentos oficiais do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN), que permitiram identificar dados sobre a saúde no Rio Grande do Norte; documentos oficiais do Ministério da Saúde; documentos oficiais do DATASUS e, finalmente, documentos oficiais da FIOCRUZ.

Estrutura do trabalho

O trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo serão analisadas as 7 (sete) primeiras Conferências Nacionais de Saúde, identificando os objetivos de cada Conferência, o momento histórico em que foram produzidas, as suas particularidades e os atores envolvidos nesse processo. No segundo capítulo, serão abordadas as mudanças na política de saúde que foram influenciadas pelas discursões e documentos finais das 3 últimas conferências que antecederam a VIII CNS. Serão abordados suas particularidades, forma de organização, os temas discutidos, as propostas elaboradas e os agentes e classes sociais envolvidos neste processo de transformações no sistema público de saúde no Brasil. Por fim, no terceiro capítulo, iremos analisar as mudanças no sistema de saúde a partir da VIII CNS.

tem

substituir discursões por calorosos debates

Capítulo I: As Conferências Nacionais de Saúde

A institucionalização e a realização da I CNS ocorreu durante o Estado Novo de Vargas (1937-1945), época caracterizada por uma tendência acentuada de fortalecimento do poder executivo e de um serviço público uniformizado para todo o país. Nessa conjuntura se intensificou um processo de estatização da saúde estruturada em bases nacionais. Foi o período em que foi estabelecido os princípios de centralização, coordenação e normatização de uma saúde pública e nacional. As bases do Estado Novo foram sendo construídas desde a chegada de Vargas ao poder em 1930. Nesse sentido, a montagem do Estado Vargas se percebeu tanto na forma como o poder se organizava quanto na escolha de seus assessores.

Na área social, particularmente, Vargas nomeou Gustavo Capanema para exercer a função de ministro da educação e de saúde. A escolha de Capanema se deu em razão de suas qualidades intelectuais e do seu livre trânsito entre setores “pensantes” do país. Ao tomar posse no Ministério da Educação e de Saúde (MESP), em Julho de 1934 Capanema procurou, tal como pregava Vargas, a construção de políticas nacionais, superando as idéias de ações isoladas do Estado.

Assim, entre Julho de 1934 e Dezembro de 1935, Capanema formulou uma estrutura inovadora para o MESP. Essa estrutura estava fixada em quatro pontos básicos: a mudança do nome do Ministério, uma nova forma de organização dos serviços de saúde, a criação das conferências nacionais de saúde e finalmente, a criação de delegacias federais de saúde. No entanto, esse projeto de lei só foi discutido em Dezembro de 1936 e votado em Janeiro de 1937.

Como parte de um projeto de estratégias de atuação pública na área de saúde pública, em 1937 aconteceu uma reforma ministerial, que reorganizou os serviços federais de saúde, instituindo nos serviços sanitários do Distrito Federal o sistema distrital de saúde, os centros de saúde e os postos de higiene, passando a constituir as unidades sanitárias de um distrito.

Dentro dessa reforma foi elaborada a Lei nº. 378⁹ criando as Conferências Nacionais de Saúde e determinando que a cada dois anos as Conferências

⁹ Art. 90 - Ficam instituídas a Conferência nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes á educação e a saúde realizada em todo o País e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde bem como a concessão do auxílio e da subvenção federais. Lei encontrada em Fonseca, Cristina. Saúde no Governo Vargas, 2007. Pág. 157.

mas
ênfase
estatização
intervencionais

fossem convocadas. No entanto, ao longo de 26 anos, entre o período de 1941 a 1967, foram realizadas apenas quatro Conferências Nacionais de Saúde, todas sediadas na cidade do Rio de Janeiro. As quatro primeiras apresentavam propostas ainda tímidas, em sua maioria relacionada à organização sanitária do país, ampliação dos serviços de controle as doenças transmissíveis e extensão da quantidade e qualidade de profissionais de saúde.

1.1. A I Conferência Nacional de Saúde

A I Conferência Nacional de Saúde (CNS), após ter sido adiada várias vezes, foi realizada entre os dias 10 e 15 de Novembro de 1941 no Rio de Janeiro, constituindo-se como um evento comemorativo de aniversário do Estado Novo.

Sob o comando de Gustavo Capanema a I CNS teve seus trabalhos interligados a I Conferência Nacional de Educação (CNE). Inicialmente foi realizada a I CNE e no dia seguinte ao término das discursões em educação, foram iniciados os debates de saúde. O evento propiciou um espaço político onde, críticas e alternativas para a educação e saúde poderiam ser formuladas, desde que preservassem as diretrizes gerais do regime varguista cujo fiador, nos dois eventos, era o próprio ministro.

Esse momento político foi resultado da aceleração do processo de urbanização, a ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação, a acumulação de capital industrial, próprios dessa economia em expansão, todos esses aspectos faziam com que a sociedade demandasse políticas sociais capazes de dar conta dos problemas mencionados, sobretudo os de saúde.

No âmbito da saúde pública, é percebido na literatura do período¹⁰ que o acesso aos serviços de saúde não constituía um direito social adquirido. O Estado não se preocupava com os problemas individuais de cada pessoa, mas, com os casos que pudessem afetar o coletivo, segundo afirmação de Gustavo Capanema:

“À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa á saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, não se ocupará a saúde pública”.¹¹

¹⁰ FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945: Dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2007.

¹¹ Idem, página 47.

Com essa afirmação é possível compreender que não se constituía como obrigação do Estado garantir a saúde individual da população.

A I CNS era composta de representações estaduais, mais Distrito Federal e Acre, perfazendo um total de 22 delegados com direito a voto, mais 27 técnicos por eles convidados. Também participava dessa Conferência uma delegação do governo federal presidida por Gustavo Capanema e composta de 20 pessoas, dentre esses, os principais representantes do setor de saúde do Ministério da Educação e Saúde e representantes de ministérios e órgãos federais.

Esse evento foi um importante fórum de questões sobre a esfera institucional da saúde, e nele aprovaram-se projetos destinados a consolidar metas políticas do governo para a área. Apesar da vigência de um regime autoritário e da ênfase em caracterizar as conferências como um espaço de encontro de gestores de saúde, voltada para questões de ordem estritamente administrativas, a I CNS trouxe rendimento políticos ao Governo e fortaleceu sua influência e seu controle sobre a gestão pública dos Estados. Esta conferência funcionou como um espaço político que contribuiu para legitimar e fortalecer o modelo de gestão centralizada que o governo federal já vinha implementando no campo de saúde pública.

Os temas e as questões apresentadas pelo MES indicam claramente que a preocupação do Governo era mapear a situação sanitária e assistencial dos estados, deixando de lado a proposição das unidades federadas.

O questionário dizia respeito às questões sobre a situação sanitária e assistencial dos Estados nos aspectos de: organização geral da administração da saúde, pesquisas científicas, medicina preventiva em geral, tuberculose, lepra, doenças venéreas, malária, outras endemias, saneamento, abastecimento de água, nutrição, educação sanitária, proteção à maternidade e a infância, etc. As respostas demonstravam as condições precárias de saúde dos Estados e a completa inexistência de medidas preventivas e curativas de saúde.

As propostas mais abrangentes e detalhadas discutidas na I CNS foram às seguintes: a) organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) ações de desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; d) plano de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Entre as sugestões apresentadas destacaram-se a proposta de que o Estado Brasileiro destinasse um orçamento específico para o custeio de ações de saúde,

de saneamento e de assistência social. Nesse sentido, a I CNS indicou a fixação de um percentual sobre as receitas da união.

No tocante as necessidades da saúde no país, um dos temas mais discutidos na I CNS foi à lepra. Essa discussão sobre a lepra foi conduzida por Ernani Agrícola, Secretário Geral da I CNS e porta voz oficial do MES, que sugeriu a formulação de uma política da União para combater e controlar a lepra. Para tanto indicava o Secretário Geral que o Governo do Brasil passasse a orientar, coordenar e fiscalizar todos os procedimentos ligados a doença.

Outra epidemia que atacava a população no período (e mesmo antes) e que ganhou destaque na I CNS foi à tuberculose. A grande discussão girou em torno do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), já existente desde 1920.

As principais resoluções da I CNS foram publicadas pelos principais jornais do país e pelos periódicos especializados, tais como Jornal do Commercio, Correio da manhã, A noite, Diário de Notícias e Estado de São Paulo.

Mesmo sob o autoritarismo do Estado Novo, a I CNS apresentou questões técnicas e políticas, razoavelmente livre para questionamentos, entre representantes dos estados, dos governos federais e especialistas. Esse ~~engenho~~ foi estratégico para Gustavo Capanema obter adesão às suas reformulações e pactuar com os profissionais do setor e com os dirigentes estaduais os rumos da política de saúde. O modelo de organização dos serviços de saúde pública implantado por Capanema e consagrado pela I CNS permaneceu sem alterações até 1952, quando Getúlio, propôs uma nova reforma que adaptasse a administração pública federal á realidade política e econômica do país nos anos de 1950.

estratégico
Capanema
queria a
adesão ao
que
propunha

Um projeto de resolução apresentado diretamente por Gustavo Capanema e aprovado pelo plenário da I CNS estabelecia que o MES deveria elaborar uma proposta de Plano Nacional de Saúde: um programa de procedimentos e realizações a que fiquem obrigados os poderes públicos nas suas três esferas. Para a execução deste projeto, os governos estaduais teriam quatro meses para apresentar ao ministro as suas necessidades e problemas na área de saúde e os meios de solucioná-los.

No longo período compreendido pelo primeiro governo de Getúlio Vargas, constituiu-se um amplo arcabouço institucional no âmbito da saúde pública que consolidou as bases do sistema público no Brasil e deixou heranças que perduram até a atualidade.

(NOTAS DE RODAS PÉ DAS INSTITUIÇÕES
DE SAÚDE NA ÉPOCA DE VARGAS)

- O APERÇAM POPOLISTA DE VARGAS

Na verdade, as duas primeiras conferências estiveram mais próximas de uma discussão entre técnicos e representantes dos estados e do governo federal do que para estabelecer diretrizes nacionais para a política de saúde e assistência médica em favor da população.

1.2. A II Conferência Nacional de Saúde

A II CNS realizou-se no período de 21 de Novembro a 2 de Dezembro de 1950, no Rio de Janeiro, durante o Governo de Gaspar Dutra, sendo titular da pasta de Educação e Saúde o Ministro Pedro Calmom, e diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde o Dr. Heitor Prager Fróes. As discussões se concentraram nas condições de higiene e de segurança no trabalho e na prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes, foi o primeiro passo de mudança após um intervalo de 9 anos sem conferências de saúde - lacuna determinada pelo clima desfavorável às discussões.

As discussões nesta ocasião ressaltavam a preocupação em levar as autoridades superiores os pontos de vista dominantes entre os sanitaristas do País para o estudo de orientação satisfatória e de normas suscetíveis de emprestar maior uniformidade à resolução dos problemas de saúde dos brasileiros.

Neste período, as autoridades responsáveis pela Saúde guiavam suas ações com base na concepção de que as questões ligadas à saúde não eram um problema do indivíduo, mas que, com os progressos científicos, teriam adquirido um caráter social. As questões de saúde deixam de ser um problema individual, na medida em que o enfermo pode se tornar *um foco ou meio de infecção* no seu ambiente de convivência e *um peso ou uma carga para os outros*, principalmente para o patrão e para o Estado.

Analisando a situação, é possível constatar que a grande preocupação desse período não é no bem estar do indivíduo. Mas, no que diz respeito ao mundo do trabalho e nos possíveis prejuízos que o enfermo poderia acarretar, pois seria incapaz de *“desempenhar a sua parte na tarefa total”*, podendo muitas vezes fazer *“baixar a produção dos outros, ou aumentar os azares do trabalho”*, além de geralmente se aposentar numa idade indevida. Percebe-se que a grande preocupação é manter a mão-de-obra em plenas condições de produção, sendo necessário para isto que se fizesse uma constante *manutenção preventiva* da força de trabalho.

Essa preocupação por parte do Estado e dos Empregadores é que resultaram no tema da II CNS, onde houve a discussão de prestar assistência médica preventiva, especialmente aos trabalhadores. A função do MES limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuou, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

O tema Higiene ganhou importância a partir da criação, em 1925, do curso de Higiene e Saúde Pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Na II CNS, a idéia da escola especialista em Higiene ganhou força. Finalmente, em 3 de setembro de 1954, após aprovação no Senado, foi regulamentado o projeto de fundação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Na procura de dados e referências bibliográficas sobre a II CNS, foi percebido que não há registros formais sobre a II Conferência Nacional de Saúde. Analisando as duas primeiras CNS é possível verificar que, tanto a primeira, quanto a segunda não tiveram força política, apenas técnica. A primeira mereceu destaque pelo aspecto histórico e pela reforma estrutural que provocou na política de saúde da época. Na segunda, mereceu destaque a preocupação com as condições de higiene e de segurança no trabalho, além da prestação de assistência médica sanitária e preventiva para os trabalhadores e para as gestantes. Pode-se afirmar ainda que nesse período a figura do médico ocupou o papel central das ações de saúde, apoiada na visão sanitarista da época.

3. A III Conferência Nacional de Saúde

O período caracterizado como “desenvolvimentista” (1946-1964)¹², quando ocorreu a III CNS, permitiu uma experiência de exercício de democracia e de um federalismo efetivo, com tendência descentralizante no relacionamento da União com os níveis subnacionais de governo, mas não trouxe mudanças profundas na natureza do sistema de saúde. Os problemas sanitários brasileiros aparecem pela

¹² “Desenvolvimentismo” é o conceito-chave que organiza o pensamento econômico dos anos 1950. Ao redor do tema, os princípios clássicos da economia política da época eram questionados pela corrente “desenvolvimentista”, que apoiava a idéia da industrialização como via de superação da pobreza e do subdesenvolvimento – como forma de superação da “condição periférica”.

primeira vez e são apontados e discutidos. As propostas apontam a necessidade de um plano nacional que atinja as três esferas de governo.

Uma saída histórica para a observância da estagnação das condições de vida da população nesse período e da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições do Governo gerou impasse no grande movimento social dos anos 1960 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam reformas de base imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente.

O período de governo de João Goulart (1961-1964) foi dos mais conturbados da história republicana. Nele, condicionantes econômicos e políticos interagiram para configurar uma crise profunda cujo desfecho foi um golpe militar. A taxa de crescimento do PIB, de 8,6% em 1961, caiu para 0,6% em 1963. Por outro lado, a inflação, medida pelo IGP-DI/FGV, seguiu trajetória francamente ascendente, saltando de 30,5% em 1960 para 47,8% em 1961, e para 51,7%, 79,9% e 92,1% nos anos seguintes.

A III CNS realizada durante este governo foi à primeira após a criação do Ministério da Saúde (MS) ¹³. Nesta Conferência houve as primeiras recomendações sobre a municipalização como um caminho para o aumento da cobertura dos serviços de saúde e, sobre o “preparo de aproveitamento do pessoal técnico”, considerado como subsídio importante para a efetivação da referida municipalização. Percebia-se então, a carência de mão-de-obra qualificada e a necessidade de preparação do pessoal para a execução adequada dos programas estabelecidos.

A III CNS foi realizada na cidade do Rio de Janeiro sob o tema “Situação sanitária da população brasileira - Apreciação geral do problema” entre os dias 09 e 15 de Dezembro de 1963. A partir dessa conferência foi possível perceber uma inovação em relação às duas primeiras, a inclusão de um tema geral. A finalidade desta Conferência era o exame geral da situação sanitária nacional e a aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do país.

¹³ O Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de Julho de 1953, com a Lei nº. 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades que era de responsabilidade do DNS, mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério.

A III CNS foi presidida pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul e com uma comissão organizadora composta de doze membros responsáveis pelos eventos necessários a realização desta conferência, sendo todos membros do Governo Federal. Do lado do governo, tinha direito a voto todos os membros das diretorias dos órgãos federais do Governo, e do lado dos Estados, somente os Secretários de Saúde dos Estados que poderiam se fazer acompanhar de assessores técnicos, mas esses sem direito a voto.

Vários assuntos foram discutidos nesta Conferência, os que mais se destacaram foram os itens relacionados abaixo e dividida em 4 comissões, uma para cada tema: a) Situação sanitária da população brasileira, com uma análise geral do problema; b) Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; c) Municipalização dos serviços de saúde; d) Fixação de um plano nacional de saúde.

Após análise pormenorizada de diversos aspectos, observou-se que a situação sanitária do Brasil está atrelada a diversos fatores desde as condições de higiene até a carência de serviços de assistência médico-sanitária. O grupo de trabalho desse tema, concluiu que são necessárias medidas que alterem e melhorem os níveis de mortalidade geral e infantil, da higiene, da água, no desenvolvimento econômico, além da carência de serviços de assistência médico-sanitária às coletividades rurais, baixo rendimento hospitalar e serviços de saúde pública em geral. Problemas alimentares e habitacionais prevalecem nas áreas subdesenvolvidas e nas populações marginalizadas dos grandes centros urbanos e precariedade do saneamento do meio físico.

Dentre as atividades exercidas pelo Serviço Municipal de Saúde (SMS) está às medidas primárias de saneamento do meio, fiscalização do gênero alimentício, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos, a imunização contra as doenças transmissíveis e a prestação dos primeiros socorros de assistência a doentes.

Em reunião conjunta com a comissão técnica do tema "Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal", foi proposta e aceita a seguinte legislação: que os Governos Federal, Estaduais e Municipais, na mais estreita cooperação possam estabelecer o menor prazo possível (em nível municipal) a estrutura básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis à defesa da vida de toda a população brasileira e que os serviços

municipais de saúde fossem implantados levando em conta a sua estrutura e necessidades e possibilidade de cada localidade.

Sobre o item Municipalização, foi recomendada a criação em cada Estado, de uma comissão composta de representantes do Ministério da Saúde, da Secretária Estadual de Saúde e de órgão representativo das municipalidades. O mecanismo para implantar a municipalização dos serviços de saúde fica condicionado às peculiaridades das situações locais, com a mais ampla flexibilidade.

Juntamente com os temas referentes à distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos diversos níveis associado à municipalização dos serviços de saúde, pretendia-se fornecer parte dos elementos básicos para a fixação do Plano Nacional de Saúde, assunto que completa o temário oficial e que constitui, em última análise, o objetivo mais importante da III CNS.

O Plano Nacional de Saúde diz respeito a um conjunto de medidas governamentais que visam à conquista de melhores condições de bem estar para a população brasileira que está relacionada à elevação dos níveis de vida, condicionada ao processo de desenvolvimento econômico brasileiro, declínio da mortalidade geral, o alongamento da expectativa de vida, novos padrões nutricionais e queda das enfermidades.

A III CNS foi um marco importante para a consolidação da idéia de gestão pública planejada em saúde. No discurso de abertura proferida pelo presidente João Goulart ficou explicitada não só uma visão de sanitarismo desenvolvimentista, mas especialmente a noção de planejamento do setor.

No entanto, essa visão se fazia acompanhar por outras concorrentes, tais como o modelo campanhista, muito atuante nos anos 1940, com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), e na década seguinte, com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENER), que em 1956 absorveu todos os serviços de combate às chamadas doenças rurais, especialmente do Norte e Nordeste do país.

A partir da III CNS, pouco a pouco surgem propostas mais descentralizadas do poder, quando se pretendeu conciliar perspectivas sanitárias mais modernas com a criação de uma estrutura regionalizada da saúde. Esta estrutura foi à bandeira da municipalização dos serviços de saúde, embora, devido à sua hegemonia, tenha havido transformações em sua forma e conteúdos ao longo do tempo.

É nesse período que se aquece o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde, tendo como marco a III CNS, que propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. Diferenciando-se de outros períodos, pela primeira vez, em nível nacional começou a ser discutida efetivamente a situação Sanitária no Brasil e a Política Nacional de Saúde. Porém, a reação das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964, interrompendo esse debate que só virá a ser novamente abordado em 1975 na V CNS.

1.4. A IV Conferência Nacional de Saúde: o Regime Militar

A IV CNS ocorreu no início da Ditadura Militar¹⁴, uma vez que nos anos de 1964, 1965 e 1966, não houve CNS, pois imperava o controle do aparelho do Estado. A segurança nacional era a ideologia de sustentação desse período, e os recursos humanos eram entendidos como “capital humano”. As escolas de formação não apresentavam uma estrutura curricular muito flexível, o que distanciava a formação do cotidiano dos recursos humanos. Neste sentido, durante a realização da IV CNS, começaram a ser discutidas questões referentes à formação dos mesmos para o setor, além de oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação dos Recursos Humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal. Mas também, percebeu-se que seria necessário fazer uma análise para saber de qual profissional o setor necessitaria.

A IV CNS foi realizada entre os dias de 30 de Agosto a 04 de Setembro de 1967 na cidade do Rio de Janeiro sob o tema “*Recursos Humanos para as Atividades de Saúde*”. Ocorreu durante o Governo de Marechal Arthur da Costa e Silva, tendo como Ministro de Estado da Saúde, Dr. Leonel Miranda Tavares de Albuquerque e contou com a presença de 300 participantes. A IV CNS foi convocada com a finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país necessita para o desenvolvimento de suas atividades de saúde.

¹⁴ Tal regime foi instaurado pelo golpe de Estado de 31 de março de 1964. Estende-se até o final do processo de abertura política, em 1985. É marcado por autoritarismo, supressão dos direitos constitucionais, perseguição policial e militar, prisão e tortura dos opositores e pela censura prévia aos meios de comunicação

A IV CNS foi marcada pela completa mudança do temário, passando a tratar setorialmente dos Recursos Humanos, sendo marcada pela participação de seus integrantes comprometidos com um sistema de saúde privatista e voltados aos interesses do capital.

A visão de Saúde, neste período é que existem correlações evidente e perfeitamente identificadas, entre o estado de saúde do indivíduo e sua capacidade de trabalho, entre o grau de higiene de uma população e a sua produtividade. Nestes termos, o problema da saúde desloca-se, de imediato, ao plano econômico, afetando a economia individual, comunitária e nacional e conseqüentemente refletindo no desenvolvimento do país.

A IV CNS reuniu autoridades e professores universitários e profissionais de saúde para a discussão de problemas comuns a todos. Para o Ministro da Saúde a conferência representa *“A oportunidade de os educadores se tornarem mais sanitaristas e de os sanitaristas se tornarem mais educadores.”*¹⁵

Algumas conclusões surgiram referentes aos recursos humanos: uma delas é que é indispensável que os serviços de saúde, para sua melhor estruturação e operação, disponham de pessoal de nível médio e auxiliar, preparado na natureza e quantidades suficientes a que sejam atendidas as necessidades do país, observadas as diversidades regionais nele encontradas.

Outro ponto a ser ressaltado é a necessária ênfase á preparação de pessoal de nível médio e aos cursos de atualização de pessoal e nível superior já em exercício nos programas de saúde. Cumpre delimitar os campos de preparação de pessoal, de modo a se eliminar a multiplicação de atividades para um mesmo fim e o estabelecimento de áreas de atrito, elaborando-se, tanto quanto possível, planos que satisfaçam as necessidades regionais do país.

Neste período, a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário.

No entanto, as reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizadas pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo

¹⁵ Fala do Ministro da Saúde, Dr. Leonel Miranda Tavares de Albuquerque encontrada no relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde.

setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentando as contradições no Sistema Nacional de Saúde (SNS) ¹⁶.

1.5. A V Conferência Nacional de Saúde

A partir da V CNS, esses eventos passaram a ser realizadas em Brasília, a partir dessa conferência, as propostas e temas apontam para uma política nacional de saúde unificada para todo o país. Alguns aspectos podem ser observados, como o aumento do número de participantes e dos grupos de trabalho, os subtemas relacionados à interiorização dos serviços de saúde, as campanhas preventivas de doenças e a qualidade dos serviços oferecidos à população.

A V CNS foi instalada pelo Presidente da República Ernesto Geisel em 05 de Agosto de 1975, no Palácio Itamaraty com a presença do Ministro da Saúde, Dr. Paulo de Almeida Machado e dos demais Membros do Conselho Nacional de Desenvolvimento Social, representantes do Senado e da Câmara Federal e outras autoridades do país.

Na V CNS, percebe-se a necessidade de estabelecer uma articulação com os demais Ministérios e órgãos públicos ou privados numa perspectiva de intersetorialidade, para então atender com oferta de quantidade e qualidade a formação profissional, fruto de uma provável articulação entre as escolas de formação e os serviços de saúde. Foi durante este período que o Governo percebeu que era imprescindível abandonar o modelo de saúde curativo e individual e enfatizar os serviços de prevenção coletiva. A descentralização deu os seus primeiros passos a partir da criação das coordenadorias regionais de saúde, apesar de as mesmas já terem sido mencionadas desde a III CNS.

Participaram dos trabalhos desta Conferência 217 delegados, 77 observadores e como convidado especial o Dr. Hector Acunã, Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde. Foram realizadas 7 sessões plenárias e os participantes foram distribuídos em 14 grupos de trabalho para discutir cada um dos 5 temas selecionados pelo Governo: a) O Sistema Nacional de Saúde; b) O Programa Materno-Infantil; c) O

¹⁶ Como estratégia de preparação e mobilização para o evento foi realizadas Pré-Conferências em quase todos os estados brasileiros, seguindo temário pré-estabelecido.

Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; d) O Controle das Grandes Endemias; A Extensão das ações de saúde às populações rurais.

A inclusão do tema Sistema Nacional de Saúde fazia parte de um plano de governo, denominado pelo próprio Presidente Geisel como o processo de *distensão lenta, gradual e segura* com vistas à reimplantação do sistema democrático do país. Apesar de algumas iniciativas liberalizantes como a realização de propaganda eleitoral em 1974 e o fim da censura prévia do Jornal o Estado de São Paulo e mais tarde a outros órgãos da imprensa, os recuos autoritários do governo foram registrados. Como a utilização do AI-5 e a repressão as organizações clandestinas e ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). O interesse pelo Sistema de Saúde não se constituiu como meta prioritária do Governo, uma vez que a população estava envolvida com problemas bem mais agravantes do que os assuntos ligados a saúde, como a repressão, crise econômica e inflação.

Algumas necessidades foram apontadas como carentes de atuação do Governo Federal, como a necessidade de organizar serviços que atendam aos problemas de saúde dos grupos economicamente ativos da população, estabelecer um sistema de informação adequado que possibilitem o conhecimento das necessidades básicas da população, concessão de incentivos salariais e anulação das rivalidades entre instituições que prestam serviços de saúde.

A V CNS recomendou que o setor privado seja progressivamente integrado ao sistema de saúde, em contrapartida aos benefícios técnicos e financeiros que recebe do poder público. Essa integração deverá se realizar em termos de observância de normas e diretrizes assim como fornecimento de informações, de tal forma que todas as atividades de saúde exercidas no país sejam progressivamente integradas ao SNS. Outra proposta dentro do tema "a" é que se haja a fixação de diretrizes, normas, prioridades e definição de níveis de apoio e de incentivos técnicos e financeiros, aos órgãos estaduais e locais, bem como a contribuição á formação de recursos humanos.

Para implantação do programa de controle materno-infantil foi proposto o aumento do pessoal de nível universitário e auxiliar para atender em quantidade e qualidade; o estabelecimento de um sistema de informação com registros de dados com fluxo de informação em sentido ascendente; uniformidade nos diferentes processos de informação das várias entidades envolvidas em atenção materno-infantil e o controle da distribuição de recursos financeiros e avaliação dos resultados.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi um dos temas da V CNS em razão das doenças transmissíveis serem a principal causa de óbitos da população, em especial infantil. São elas as gastroenterites, sarampo, coqueluche, tétano, difteria, malária, tuberculose e a meningite. A proposta era que a vigilância epidemiológica atuasse de forma contínua, que compreenda a compilação sistemática da informação, estudo e avaliação para o conhecimento e o uso das autoridades no que se refere às medidas de controle, especialmente de vacinação.

A importância do controle das grandes endemias está evidenciada na política de saúde do Governo, quando estabelece no artigo 3º da lei¹⁷ que instituiu o SNS que a “União exercerá ação própria, entre outras, no combate às endemias e no controle das epidemias”. O Ministério da Saúde propõe estar habilitado a mobilizar rapidamente seus recursos para o controle das Endemias, em atividades destinadas a atender grandes massas de população, inclusive na eventualidade de surtos epidêmicos de doenças, como a meningite.

Por fim, o V tema desta conferência foi a proposta de extensão das ações de saúde às populações rurais, uma vez que 50% da população do país vivia em pequenas comunidades, em condições tipicamente rurais, apresentando uma estrutura jovem e com taxas de natalidade elevada.

Uma vez constatado as necessidades dessa população rural, foi apontado ao Governo Federal pela comissão desta conferência a necessidade prioritária de se fazer chegar a essa parcela da população um mínimo de prestação de serviços de saúde. Dentre os serviços estão: assistência médica ambulatorial, materno-infantil, saneamento básico, controle de doenças transmissíveis, inclusive vacinação e unidades de notificação e ações educativas em saúde a essas populações rurais.

Os temas “O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica”, “O controle das grandes epidemias” e “A extensão das ações de saúde às populações rurais” estão relacionados às condições de alimentação, nutrição, higiene, desemprego, salários baixos, analfabetismo elevado e quase inexistência da prestação de serviços de saúde. Caberia ao Governo não apenas elaborar políticas de saúde que propiciasse melhorias nesses aspectos, mas, sobretudo executá-las garantindo a população níveis mais elevados de saúde.

¹⁷ Lei 6229 de 17 de Julho de 1975 que organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu a divisão dos campos institucionais da saúde coletiva e da saúde das pessoas.

1.6. A VI Conferência Nacional de Saúde

A VI CNS ocorreu ainda durante o Regime Militar e no Governo do Presidente Ernesto Geisel, e instalada por ele mesmo no dia 1º de Agosto e 1977 no Palácio Itamaraty, com a presença dos Ministros das Relações Exteriores e da Saúde, dos demais Ministros que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social, de representantes das duas casas do Congresso Nacional, Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas, Secretários de Saúde dos Estados e outras autoridades do setor de saúde de outros órgãos públicos e particulares, especialmente convidados. No total participaram 405 delegados e 29 observadores, divididos em 30 grupos de trabalhos para discutirem cada um dos 4 temas oficiais apresentados: a) Situação atual do controle das grandes endemias; b) Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; c) Interiorização dos serviços de saúde; d) Política Nacional de Saúde.

Além desses temas principais outros foram discutidos por serem de grande interesse para o setor de saúde como: diretrizes programáticas de saúde mental, Instituição do grupo-saúde pública, medicina previdenciária e a nova instituição de assistência médica e programa especial de combate a esquistossomose.

A convocação da VI CNS teve por finalidade reunir profissionais e autoridade para o estudo e o debate de temas relacionados aos objetivos do Governo Federal, no Setor de Saúde. Buscando a partir desses debates, o aperfeiçoamento dos programas nacionais, a integração de órgãos participantes do SNS e a difusão e adequada interpretação dos principais diplomas legais básicos, estabelecidos pelo Governo Federal em matéria de saúde.

Sobre a “Situação atual do controle das grandes epidemias” tornou-se freqüente sua abordagem e interesse por parte dos Governos em todas as três últimas CNS por se tratar de grandes endemias parasitárias, desenvolvidas ao longo dos anos e por apresentarem um grande risco a população, uma vez que afetam o organismo do homem e sua repercussão e contágio se expande rapidamente.

Nesta conferência, ao contrário das anteriores, foi apontado como uma das modernas estratégias política e social para o controle das endemias, a aceleração da evolução científica nesse campo, a mudança de estruturas e técnicas operacionais, racionalização e utilização de recursos e melhoria das condições da saúde coletiva e do

ambiente. A idéia era combater o problema através de medidas preventivas e não apenas curativas.

Em relação a “Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde” a VI CNS deixou algumas análises para a melhoria das secretarias de saúde. Foi apresentada a necessidade de uma política setorial de saúde associada a um plano de estratégias, uma infra-estrutura organizada e operacional das secretarias de saúde, a necessidade de uma política de desenvolvimento de recursos humanos necessários à prática das ações de saúde e por fim, a elaboração de rotinas operacionais para as secretarias de saúde.

Foi proposto pela comissão da VI conferência programas de aperfeiçoamento de pessoal visando especialmente: conscientizar os servidores sobre a importância social das atividades por eles desempenhadas; conhecimento da legislação vigente, especialmente pelo pessoal da vigilância sanitária, inclusão da disciplina de legislação de saúde nos currículos de cursos de saúde pública, além da promoção, estímulo e aperfeiçoamento das escolas de saúde pública existentes.

Sobre a “Política Nacional de Saúde” a comissão da VI CNS concluiu que deve existir uma estreita relação entre as ações preventivas e curativas, sendo necessária a unificação dessas ações como forma de reforço das estruturas e de racionalização no emprego de recursos.

Foi enfatizada a necessidade de manter as ações de vigilância sanitária de alimentos produzidos, distribuídos ou consumidos pelos Estados, na esfera de competência das Secretarias de Saúde, respectivas, observadas as normas e padrões fixados pelo MS. A rede de laboratório de saúde pública deverá receber integral apoio aos órgãos governamentais, a fim de garantir o êxito dos programas de vigilância sanitária e epidemiológica.

Nesta Conferência, os temas estiveram diretamente relacionados e dependentes dos avanços tecnológicos que devia se constituir como prioridade do Governo a fim de propiciar controle e eliminação de problemas de saúde da população, ficando na sua dependência, o investimento nessa área.

1.7. A VII Conferência Nacional de Saúde

A convocação da VII CNS teve por finalidade submeter a amplo debate aos propósitos do governo quanto às ações a serem empreendidas pelo Ministério da Saúde, conforme declaração do presidente João Baptista de Figueiredo:

“O Brasil vive uma intensa fase de construção. De construção no campo político, em sintonia com os anseios maiores da Nação brasileira. De construção no campo econômico, para criar e distribuir a riqueza de maneira mais eqüitativa. De construção no campo social, na busca de novos padrões de convivência mais solidária e justa, a fim de propiciar condições dignas de vida a cada cidadão. E esse ideário, representa um constante desafio porque encerra dificuldades e exige sacrifícios. Porém é um ideário que reflete a luta pelas condições necessárias a um autêntico desenvolvimento, aquele desenvolvimento que nasce da autodeterminação. De um desenvolvimento que, ao promover a satisfação das necessidades básicas da maioria, assegura também a humanização do homem ao favorecer o gozo de seus direitos de expressão, de criação e de decisão sobre seu próprio destino.¹⁸

A VII CNS teve como destaque o “*desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde*”, onde se discutiu novamente a formação com intuito de melhorar o desempenho dos profissionais que atendiam nos serviços básicos, refletindo o compromisso assumido a partir da Conferência de Alma-Ata¹⁹. Discutiu-se também sobre a intenção do governo na integração entre as atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas. Nesta perspectiva, é possível perceber então, que as questões relacionadas à atenção básica tornavam-se o centro da discussão do setor saúde, sugerindo então redefinições na política de formação de recursos humanos.

A VII CNS teve início em 24 de Março de 1980 tendo à frente o Presidente da República João Baptista de Oliveira Figueiredo com o tema central “*a Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos*”. Foi realizado no Palácio

¹⁸ Discurso pronunciado no banquete oferecido ao Presidente da Venezuela, Dr. Luis Herrera Campins. Caracas, 7 de novembro de 1979 pelo Presidente João Baptista de Figueiredo.

¹⁹ Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Kazaquistão, em 1978. Resultou de uma Declaração que reafirmou o significado de saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.

Itamaraty e contou com a presença dos Ministros das Relações Exteriores, da Saúde, da Previdência e Assistência Social, dos Presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, do Governador do Distrito Federal, bem como do Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde. Também estiveram presentes à cerimônia de abertura o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde e outras autoridades do setor de saúde.

Além dos membros já citados, participaram dos trabalhos desta conferência os Diretores dos serviços de saúde das forças armadas, secretários de saúde dos Estados, representantes oficiais de outros órgãos públicos da área de saúde, tais como autarquias, fundações e entidades estaduais e representantes de instituições particulares e órgãos da classe da iniciativa privada. Ao todo, foram cerca de 400 participantes, distribuídos em 16 grupos de debates atendendo a um subtema escolhido no ato da inscrição. Divididos em 13 subtemas, sendo a maioria já discutida nas duas últimas conferências como os temas "a", "b", "c", "d" e "i". Em razão da não execução, esses temas foram mantidos e reforçados.

- a) Regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federadas;
- b) Saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde;
- c) Desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde;
- d) Supervisão e educação continuada para os serviços básicos de saúde;
- a) Responsabilidade e articulação interinstitucional;
- b) Alimentação e nutrição e os serviços básicos de saúde;
- c) Odontologia e os serviços básicos de saúde;
- d) Saúde mental e doenças crônico-degenerativas e os serviços básicos de saúde;
- e) Articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde;
- f) Participação comunitária. Os serviços básicos de saúde e as comunidades;
- g) Articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde;

Todas as propostas abaixo, dizem respeito aos sub-temas da VII CNS e foi elaborada pelos seus membros participantes e relatada no relatório final desta conferência.

Sobre a Regionalização e Organização de serviços de saúde nas unidades federadas, foi apontada a necessidade de fortalecimento das estruturas estaduais e municipais de saúde associada a uma política tributária com vistas à obtenção de mais recursos. Outro critério foi apontado como necessário a reorganização desta regionalização, como a definição dos níveis de competência, a criação de estímulos e incentivos, a preparação adequada de pessoal necessário e também a participação da comunidade na avaliação contínua dos resultados.

A proposta para o problema do Saneamento foi a formulação de ampla abrangência, desde o fornecimento de águas aos sistemas de financiamento para a construção de moradias.

O desenvolvimento de recursos humanos exige políticas voltadas para a formação de recursos humanos e estratégias operacionais especialmente formuladas para facilitar a execução das tarefas desses profissionais. Uma dessas estratégias seria o fortalecimento de núcleos de formação de pessoal de saúde e o estabelecimento de projetos.

Sobre a Supervisão e educação continuada, é necessário que sejam feitas com a participação das instituições educacionais, particularmente das universidades, estas com estreita articulação com os serviços utilizados pelo pessoal da saúde.

A responsabilidade e articulação inter-institucional foi debatida por dois grupos de debates e apontada a necessidade de formulação da política nacional de saúde no que se refere a Lei nº. 6.229 e a conveniência de ser dinamizada a política nacional de saneamento.

Foi apontada como solução do problema de alimentação e nutrição, a elaboração de programas oficiais de suplementação alimentar voltados principalmente para o fomento, produção e distribuição de alimentos sob a ação governamental.

Pela primeira vez, o tema "Odontologia" é destacado em conferência e ganhou importância com a proposta de uma odontologia nacional a serviços das reais necessidades da população atuando em sintonia com as ações primárias de saúde.

Foi proposto pelo grupo do sub-tema Saúde mental e doenças crônico-degenerativas que ações contra doenças como hanseníase e tuberculose, bem como as demais doenças de interesse sanitário, tenham seus métodos de prevenção, diagnóstico e tratamentos devidamente uniformizados, com vistas a serem aplicados através da extensão de cobertura da população com cuidados primários.

A informação e vigilância foram consideradas necessárias para o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS), sob o controle do MS com o apoio das secretarias estaduais de saúde e valer-se da cooperação de quaisquer instituições que manipulem, no País dados de interesse para o setor.

A participação comunitária foi apontada como necessária no processo de estabelecimento de uma ordem de prioridades nas ações de saúde. A comunidade é que tem consciência dos seus problemas de saúde e por isso a equipe de saúde deve desempenhar uma função educadora junto à comunidade através da assistência prestada ao indivíduo ou ao coletivo.

As junções dos serviços básicos aos especializados devem garantir ao indivíduo a continuidade do atendimento de saúde e do tratamento das doenças, sejam simples ou complexas.

Os eventos das Conferências adquiriram dimensões expressivas de público, conforme explicitado nos próprios relatórios. É certo que para dar respostas ao complexo sistema político-administrativo brasileiro, organizado em Municípios, Estados e União, e trabalhar com a diversidade representada por várias pessoas, oriundas de localidades com realidades muito díspares e diferentes atores do sistema de saúde, as Conferências precisam manter uma engenharia organizacional que objetivasse a consecução de resultados a partir de seus objetivos. As Conferências, em seu papel de ator coletivo, podem legitimar posições contraditórias do governo, sem perder o seu caráter democrático.

na VIII (última)

Aponte a necessidade de serviços.

integrar e racionalizar

Capítulo II: As mudanças resultantes das Conferências Nacionais de Saúde

Ao longo do Regime Militar ocorreram quatro Conferências Nacionais de saúde: IV, V, VI e VII. A realização desses eventos indica que apesar do regime de arbítrio, existia um espaço de discussão sobre a Reforma Sanitária. Foi nesse período que três grandes temas emergiram com grande força: a necessidade de um sistema público de saúde descentralizado, ou seja, que União, estados e municípios, tivessem políticas próprias de saúde; a defesa, com veemência, da separação entre políticas previdenciárias e políticas de saúde – idéia advogada, sobretudo, por sanitaristas e organismos internacionais; a importância de as políticas de saúde atenderem as necessidades individuais do cidadão e não apenas com os problemas coletivos.

A existência desses debates não significava que não existiam setores que persistiam defendendo a medicina previdenciária²⁰ e protestavam contra a descentralização da saúde e contra a idéia do erário público financiar os tratamentos individuais. O que significava era a existência de novas idéias no seio do Regime Militar.

As CNS ao longo de toda sua trajetória propuseram e alcançaram avanços significativos no tocante as mudanças nas políticas de saúde do país, especialmente a partir das V CNS, porque apontara medidas estratégicas para o controle e combate dos maiores problemas de saúde da população.

Algumas dessas mudanças apontadas nessas conferências tiveram seu clímax na VIII CNS e a sua influência vai auxiliar nas medidas propostas nesta conferência e determinar a elaboração da Constituição de 1988. Dentre essas mudanças estão, o Sistema Nacional de Saúde e a Política Nacional de Saúde, Expansão e interiorização dos serviços de saúde e a Participação e cidadania. É possível observar que esses três temas são o resultados de um resumo das principais reivindicações presentes em todas a trajetória das Conferências e que clamam por ganhar corpo e expressão.

²⁰ Por medicina previdenciária estamos entendendo aquelas políticas que não separam a ação da previdência (aposentadorias e pensões) da ação da medicina (saúde).

2.1 O Sistema Nacional de Saúde e sua Política: Início de um processo de reformulação

Na década de 1980, a reforma do setor saúde, esteve muito em discussão, no Brasil e no mundo. O Governo Brasileiro se viu obrigado a discutir essa questão, tendo em vista que um conjunto de pressões sobre os governos nacionais tentavam consolidar uma alteração no perfil das políticas públicas nesse setor. Entre essas pressões, foi possível destacar especialmente o aumento do nível real de gasto setorial, com forte crescimento do gasto público, exigindo formas mais eficazes de controle governamental. Existiu uma tentativa de convicção entre os gestores públicos e privados de que o tipo de gasto realizado não otimizava o uso dos recursos existentes e disponíveis para o setor.

Na base desses fatos comuns aos países ocidentais, tanto na Europa Ocidental quanto nas Américas, evidenciam-se três questões de ordem estrutural, presentes com distinta intensidade em cada situação nacional. A primeira delas envolvia as mudanças demográficas, especialmente aquelas decorrentes do envelhecimento da população, das condições de trabalho dessa população e o declínio imediato ou futuro da população economicamente ativa, o que determinaria um aumento da demanda por serviços de maior complexidade e custo.

A segunda decorria das dificuldades de equacionamento do financiamento e gasto públicos nos quadros de ajustes financeiros macroeconômicos que vêm determinando o corte e a redução da capacidade de intervenção estatal, sem que se tenha delineado com clareza, novas e consolidadas formas, comprovadamente eficazes e efetivas, de parceria entre o setor público e o privado, entre os níveis nacionais e locais

A terceira questão dizia respeito às significativas alterações nas tecnologias disponíveis na área de cuidados médicos (processos, equipamentos e fármacos), alterando o perfil de provisão dos serviços (oferta) com impactos fortes na criação de novas demandas e novas necessidades de financiamento.

No caso brasileiro, sobre a questão de uma política nacional sobre os serviços públicos de saúde, por não existir ainda uma tendência consolidada de financiamento e gestão dos sistemas de saúde que permita demonstrar a superioridade de modelos baseados exclusivamente nas regras de mercado ou ao contrário, na intervenção estatal plena é que se iniciou essa discussão a partir da V CNS, ganhando mais maturidade nas Conferências subsequentes.

Em fins da década de 1980, pode-se perceber que, esse ponto, aparentemente óbvio, deixa de ser uma questão ideológica. A observação dos fatos mostra que ainda se buscam intensamente novos instrumentos de política que superem a dicotomia Estado versus Mercado e de forma que se consigam integrar as capacidades públicas e privadas de forma sinérgica, o que ainda não foi obtido com pleno sucesso por nenhuma experiência nacional.

No relatório final da VI CNS, foi observado que o conjunto de serviços públicos e privados voltados para as ações de interesse da Saúde que se constituem no SNS caracterizam-se no país, como em muitos outros países em desenvolvimento ou mesmo desenvolvidos, por uma proverbial fragmentação institucional com multiplicidade de ^{instâncias} diretrizes produzindo resultados muito aquém dos que se deveriam esperar pelos investimentos realizados no setor. Instituições públicas dos diversos níveis da administração direta ou indireta, autárquicas, privadas com ou sem fins lucrativos, oferecem bens e serviços de saúde à população, não raro em descompasso com as necessidades reais desta, limitando-se, frequentemente a ações onerosas e pouco eficazes.

As causas desse quadro se prendem a raízes históricas relacionadas à criação sucessiva de órgãos de saúde com acentuado grau de independência e descoordenação, para a solução de determinados problemas ou satisfação de determinadas clientela. Por outro lado, órgãos criados com a finalidade primária da solução de problemas não diretamente ligados à saúde, foram assumindo progressivamente atividades dentro do setor. “Assim é que, em anos recentes, chegaram a se enumerar apenas no âmbito federal, 71 entidades realizando atividades de saúde ou correlatas”²¹.

Já a partir da III CNS em 1963, tinha iniciado a discursão sobre a criação de uma política de saúde com diretrizes gerais que orientassem as ações de saúde no território nacional, especialmente a realidade multi-institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus flagrantes duplicações, antagonismos e ~~desorientações~~.
Somentes a partir da V CNS essa discursão ganhou força.

*descoorde-
nadas.*

Apesar das formulações da Política Nacional de Saúde emitida, formal ou informalmente, em documento unificado ou em disposições esparsas, não conseguiram atingir seus objetivos. A partir daí, o Ministério da Saúde passou a adotar uma série de

²¹ Chaves, Mário. Saúde e Sistemas. Editora Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1971. Pág. 01

providências buscando adaptar sua antiga estrutura ao papel que o SNS estava a exigir da Instituição e, ao mesmo tempo, emitir diplomas legais que, regulamentando aspectos importantes da Lei 6229, criando condições infra-estruturais para a operação do Sistema. Iniciou-se assim um processo de reformulação do SNS que vai atingir seu clímax na VIII CNS.

A Lei no 6.229, de 17 de julho de 1975, dispõe sobre a organização do Sistema de Saúde. Possui 8 artigos que relaciona ações de saúde a outras ações de competência de outros ministérios como da educação e previdência. Essa relação só enfatiza o que já foi exposto sobre a estreita ligação da saúde com a educação, saneamento, trabalho e higiene. No artigo 1º da Lei 6229, destacam-se algumas mudanças na política de saúde como:

» A Lei 6259 de 30 de outubro de 1975, estabelecendo o Sistema de Vigilância Epidemiológica;

» O Decreto 76.973 de 31 de dezembro de 1975, estabelecendo normas e padrões para prédios destinados a serviços de saúde.

» O Decreto 77.052 19 de janeiro de 1976, dispondo sobre a fiscalização sanitária das condições do exercício das profissões e ocupações relacionadas à Saúde.

» A Lei 6360 de 23 de setembro de 1976 e o Decreto 79.094 de 05 de janeiro de 1977 estabelecendo normas para vigilância sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e outros produtos de interesse à saúde pública.

» O Decreto 79.367 de 9 de março de 1977, estabelecendo padrões de potabilidade da água.

» E especialmente o Decreto 79.056 de 30 de dezembro de 1976 que reestrutura o Ministério da Saúde.

Tal conjunto de fatos criou condições para que fosse trazido a VI CNS, para debate e sugestões, o presente documento que constitui um primeiro delineamento de diretrizes para a gestão do Sistema Nacional de Saúde, documento que, assim enriquecido, foi encaminhado ao Conselho de Desenvolvimento Social onde, recebeu contribuições dos Ministérios participantes tais como, Ministério da Previdência e Assistência Social e Educação e Cultura, passando a se constituir parte da Política Nacional de Saúde.

No caso do Brasil, face à sua grande extensão territorial e diversidade de situação geográfica, econômica, demográfica, de acessibilidade e nosológica, o âmbito

de cada um desses instrumentos de ação de saúde deve ser adequado às realidades regionais e ao conteúdo da ação programática, atentando-se especialmente a que, a excessiva abrangência de determinado instrumento não venha a prejudicar-lhe a consistência e a aplicabilidade.

O estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde envolveu o reconhecimento de um processo político a ser levado em conta pelos detentores do poder decisório a todos os níveis do Sistema, para que se resguarde a coerência das ações ao mesmo tempo com a política de saúde e com as reais necessidades da população abrangida por tais ações.

Cumprir destacar uma característica peculiar do sistema de saúde. Devido à natureza do fenômeno saúde/doença e às eventuais sutilezas da caracterização precoce do fenômeno doença, da probabilidade de doença e dos problemas de saúde em geral; juntamente com necessidades, demanda apoio e reações negativas, destacou-se a importância de um fator que se denominava "demanda técnica de saúde", ou seja, necessidades não sentidas pela população, mas identificadas pelo corpo técnico de saúde como reais, tendo em vista a prevenção de futuros problemas de Saúde Pública.

Essa expressão "demanda técnica de saúde" começou a ser discutida na VI CNS. Um exemplo típico dessas necessidades é o dimensionamento das imunizações para os diversos grupos etários. Desta forma, o processo político no âmbito da Saúde, procurou buscar um equilíbrio na satisfação das demandas do corpo social e, ao mesmo tempo, equacionamento dos problemas identificados à luz de necessidades não sentidas pela população, é o que pode ser observado nos dados do relatório final da VI CNS.

Essas necessidades foram retomadas nos anais do relatório final da VII CNS, destacando-se como um objetivo importante de uma política, no caso do Sistema de Saúde, equacionar harmonicamente esses dois tipos de demanda (corpo social e não sentidas pela população). Proporcionando assim, um processo que dê como resultado uma razoável satisfação das necessidades percebidas de saúde e uma satisfação das necessidades técnicas que, em última análise, ao promover a saúde e prevenir a doença vão evitar a finalização de uma série de necessidades futuras.

No início da década de 1980, a análise e discussão sobre o SNS começaram a ser questionada associada ao MS que deveria formular uma Política Nacional de Saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo. As propostas para o MS veio a tornar-

se lei somente em 19 de Setembro de 1990, com a instituição da Lei 8.080, que passou então ser de sua competência as seguintes ações:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar;
- d) Coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;
- e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;
- f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneamentos, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;
- g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;
- h) Avaliar o estado sanitário da população;
- i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;
- j) Manter a fiscalização sanitária sobre as condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com saúde;
- l) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

Essas ações que delineiam a política nacional de saúde são essenciais para o planejamento, coordenação e execução de ações para a prevenção, promoção e cuidado da saúde, viabilizando uma boa assistência médica e garantindo a população a qualidade nos serviços e boa assistência de profissionais.

Esse debate em torno do SNS e sua Política vai ser retomada na VIII CNS com uma nova proposta de uma reorganização e reformulação dessa política junto a Assembléia Nacional Constituinte recuperando e enfatizando o aspecto da descentralização.

2.2 Expansão e interiorização dos Serviços de Saúde

— Introduzir o PIOS (influença da VST)
 com foco P

A expansão dos serviços de saúde por parte do Estado ocorre especialmente após a II Guerra Mundial, quando a saúde passa a ser entendida como um direito universal, isto é, estendida a todos, enquanto tributo da cidadania²².

Observa-se nas décadas de 1950 e 1960, que os gastos públicos na saúde cresceram consideravelmente, especialmente em países desenvolvidos, seja pelo aumento de cobertura dos serviços, seja pela evolução e incorporação de novas tecnologias ou pelo aumento da esperança de vida da população.

Neste contexto, MÉDICI²³ levantou a discussão sobre o financiamento do setor saúde que passou a ocupar a pauta de governantes e economistas. Esses dois setores criaram mecanismos de acompanhamento e discussão na saúde, principalmente na busca de critérios que garantissem a eficiência e a equidade no financiamento das políticas e ações de saúde, passando a ser o desafio de governantes e dos sanitaristas.

Esta dicotomia entre saúde pública e clínica, prevenção e cura, atenção básica e atenção hospitalar, foi conformando certo padrão de serviços que resultou na distribuição desigual da oferta, com concentração da assistência médico-hospitalar nos centros urbanos, ao passo que o interior do país e periferias das cidades ficou limitado à atenção de menor complexidade, geralmente realizados por Postos e Centros de Saúde.

A discussão sobre o tema “Expansão dos Serviços de Saúde” já começou a ser discutido na V CNS, segundo informações encontradas nos anais do relatório final desta conferência. Neste documento é observado o destaque e a importância de definir-se uma regionalização de serviços abrangendo as populações rurais, comportado uma rede única de serviços médicos de complexidade crescente. Essa estrutura deveria permitir amplo acesso a população, em termos de atenção primária de saúde, com ênfase no atendimento das necessidades de promoção da saúde e proteção específica como é o caso da assistência materno-infantil.

²² MÉDICI, André Cezar. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde 3. ed. Brasília: IPEA, 2002. cap. II, pág. 23.

²³ Idem, pág. 34

As mudanças necessárias não se referem apenas à superação das tendências observadas, mas à implementação de atividades que visem a adequar à procura, nos diferentes níveis de atenção, aos recursos disponíveis. Como mecanismos de correção dessas distorções detectadas foram sugeridos a ampliação da oferta de serviços básicos, inclusive saneamento, alocação de maiores recursos ou redistribuição dos já existentes e a utilização dos meios de comunicação existentes com o objetivo de instruir a comunidade.

Historicamente, o Sistema de Saúde no Brasil caracterizou-se pelo paralelismo entre ações de saúde pública voltadas à prevenção, e à assistência médica de caráter curativo. Institucionalmente, os cuidados básicos e as atividades de prevenção estiveram a cargo do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, ao passo que a atenção médico-hospitalar era responsabilidade do sistema vinculado à Previdência Social.

A proposta apresentada na V CNS para a resolução do problema da oferta dos serviços de saúde era o investimento amplo no primeiro nível de atenção – a Atenção Básica – a fim de possibilitar a organização e o adequado funcionamento dos serviços de média e alta complexidade, sem perder de vista o compromisso da integralidade. Só assim será possível acabar com as filas, com o consumo abusivo de medicamentos e com o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia.

Para PAIM²⁴ os problemas mais comuns deviam ser resolvidos na Atenção Básica, deixando que os ambulatórios de especialidades e os hospitais cumpram com competência seu verdadeiro papel, resultando numa maior satisfação dos usuários e na utilização mais racional dos recursos existentes. É um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação do usuário do sistema de saúde.

A ênfase na expansão dos serviços de saúde surgiu a partir das necessidades sentidas de grupos populacionais mais ou menos restritos e que resultou na expansão da cobertura, porém, com algumas características. A principal dela é a expansão de serviços cada vez mais sofisticados, custosos e voltados principalmente para resolução de quadros mórbidos graves e raros, quando confrontados com as

²⁴ PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia et al. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. pág. 13

enfermidades de maior expressão social, esses serviços, que sempre absorvem vultosos investimentos em instalações e equipamentos por sua inadequação com as necessidades do conjunto da sociedade não são capazes de melhorar os níveis globais de atendimento.

É possível observar que na VII CNS, algumas tentativas foram feitas no sentido de neutralizar os efeitos da crise no setor de saúde e redirecionar a distribuição e organização dos serviços de saúde. Surge então a proposta do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) o qual já incluía as diretrizes de hierarquização, regionalização, integração dos serviços e participação comunitária. O PIASS não conseguiu avançar, entre outros motivos, em decorrência de seu caráter verticalizante, do confronto entre a proposta de regionalização versus persistência da centralização e do caráter meramente instrumentalizador da participação comunitária, segundo relatório final da VII CNS.

2.3. Participação e Cidadania

A questão da Cidadania começou a ser formulada pelos movimentos sociais que, a partir do final dos anos setenta e longos dos anos oitenta, se organizaram no Brasil em torno de demandas de acesso aos equipamentos urbanos como moradia, água, luz, transporte, educação, saúde, etc. e de questões como gênero, raça e etnia. Inspirada na sua origem pela luta pelos direitos humanos como parte da resistência contra a ditadura, essa concepção buscava implementar um projeto de construção democrática, de transformação social, que impunha um laço constitutivo entre cultura e política.

A Cidadania inclui construções culturais, como as subjacentes ao autoritarismo social²⁵ como alvos políticos fundamentais da democratização. Assim a redefinição da noção de cidadania formulada pelos movimentos sociais, expressa não somente uma estratégia política, mas também uma política cultural. Tal expressão designa normalmente as ações do Estado ou de outras instituições com relação à cultura,

²⁵ Por autoritarismo social, designa-se uma matriz cultural, vigente no Brasil e na maioria dos países latino-americanos, que preside a organização desigual e hierárquica das relações sociais, no âmbito público e privado. Baseada em diferenças de classes, raça e gênero que constituem a base principal de uma classificação social que impregnou historicamente a cultura brasileira, estabelecendo diferentes categorias de pessoas hierarquicamente, dispostas em seus respectivos “lugares” na sociedade, essa matriz reproduz a desigualdade das relações sociais em todos os níveis, subjazendo às práticas sociais e estruturando uma cultura autoritária.

considera um terreno específico e separado da política, muito frequentemente reduzido à produção e consumo de bens culturais.

A questão do tema Participação e Cidadania foi proposta a partir da observância na ênfase nos documentos governamentais basicamente nas últimas décadas, sendo de fundamental importância que, a nível de planejamento, execução e avaliação, houvesse participação dentro do processo de desenvolvimento sócio-econômico do País. Essa mudança tratava-se de uma participação não apenas no equacionamento dos problemas sanitários, mas de ter direito à voz e ação na resolução de outros problemas direta ou indiretamente relacionados com a saúde e o bem estar da coletividade.

A inclusão da Participação e Cidadania como objeto de estudo surgiu a partir da VII CNS e vai ganhar ênfase na VIII CNS e materializar-se na Constituinte de 1988. Foi entendido pelos membros que discutiram o tema nesta conferência que somente através da participação se pretendia despertar os grupos populacionais para assumirem uma nova postura diante de sua condição de marginais no processo de crescimento do país, o que lhes permitiria, através de um melhor aproveitamento de seus próprios recursos, adotarem um padrão considerado normal de integração na estrutura social.

È necessário que dentre as práticas educativas, a população esteja inserida em todos os programas de saúde, desenvolvidos no interior das unidades, postos ou centros de saúde, praças públicas ou onde quer que a comunidade se reúna para debater seus problemas.

A partir do trecho do documento de Alma-Ata²⁶ a participação comunitária na fixação de políticas e em matéria de planejamento, execução, avaliação e controle de programas de desenvolvimento foi uma prática amplamente aceita, apesar de essa participação ser entendida e interpretada de diferentes formas em diferentes países. È notório que as necessidades das comunidades nem sempre coincidem com as programações e os interesses das instituições públicas.

A disseminação dessa concepção de cidadania foi expressiva e ela orientou não só as práticas políticas de movimentos sociais de vários tipos, mas também mudanças institucionais, como as incluídas na Constituição de 1988. Foi graças a essa disseminação que, diferentemente de outros países do continente, no Brasil a expressão

²⁶ Idem, pág 31.

“Cidadania” esteve longe de limitar ou meramente designar o conjunto da população, mas foi preenchida por um significado político. Esse significado político possui um potencial transformador que passa a ser alvo de várias concepções neoliberais de cidadania.

A participação e a cidadania foi proposta e executada a partir da VIII CNS como sendo uma mudança necessária para o desenvolvimento de uma descentralização dos serviços de saúde e é ainda uma condição primeira para possibilitar a viabilização duradoura de um processo de participação comunitária em todos os níveis.

Analisando a questão da Cidadania é possível concluir que se trata de um projeto para uma nova sociabilidade. Não somente a incorporação no sistema político em sentido estrito, mas um formato mais igualitário de relações sociais em todos os níveis, inclusive novas regras para viver em sociedade. Um formato mais igualitário de relações sociais em todos os níveis implica o reconhecimento do outro como sujeito portador de interesses válidos e de direitos legítimos, acima de tudo um sinônimo de democracia.

Outra conclusão diz respeito à descentralização “inevitável” proposta através de uma Política Nacional do SNS que vai exigir uma continuidade de debate na VIII CNS, uma vez que já existiam inúmeras propostas elaboradas para uma reformulação no setor saúde, nas esferas federal, estadual e municipal, integrando ações de expansão e cobertura dos serviços de saúde.

- Saúde não é assistência médica.
- Entendizar a participação como elemento inovador

Capítulo III: A VIII Conferência Nacional de Saúde

A compreensão da VIII CNS requer uma breve retrospectiva das políticas de saúde no Brasil, em diferentes períodos com diferentes aplicações.

No final dos anos 1970, setores representativos da sociedade, notadamente do setor saúde, atravessavam um momento que exigia mudanças substantivas nas políticas governamentais. Viviam-se o período chamado “Milagre brasileiro” (1970 – 1974), que ampliou os níveis de desigualdades entre as regiões e entre as pessoas (BERTONE)²⁷. Tais desigualdades implicavam em questionar o modelo de desenvolvimento econômico implementado pelo governo federal, com seus inevitáveis reflexos nas áreas sociais.

Durante o período do “Milagre”, havia consenso entre economistas e sanitaristas quanto ao diagnóstico das distorções e aprofundamento das desigualdades, restando um amplo campo de debates quanto às mudanças necessárias exigidas pelo setor saúde, com destaque para as atribuições e responsabilidades do poder estatal e do setor privado produtor de serviços na área de assistência à saúde.

Nesse período, todos estavam insatisfeitos, era o governo federal, as entidades de saúde e os usuários dos serviços de saúde. Cada qual com seus interesses, razões e argumentos. O governo federal com os gastos onerosos com as ações de saúde sem resultados vistos, as entidades de saúde com as condições de trabalho e os baixos salários e os usuários com a quase inexistência de ações de saúde.

Ademais, a questão “democrática” estava muito presente, na definição do papel e caráter que deveria ter o Estado brasileiro. Para BERTONE²⁸, a questão da saúde não mais podia ser vista como algo a ser resolvido no âmbito técnico, mas antes se impunha deliberação de política explícitas, seguidas de formulações e elaborações de projetos legislativos que fossem capazes de enfrentar os problemas de saúde, e de assistência médica agravadas nos últimos anos, pelo modelo econômico concentrador de rendas inter-regionais e interpessoais.

²⁷ BERTONE, Arnaldo Agenor. As idéias e as práticas: a construção do SUS / Arnaldo Agenor Bertone, 2002. Pág. 15

²⁸ BERTONE, Arnaldo Agenor. As idéias e as práticas: a construção do SUS / Arnaldo Agenor Bertone, 2002. Pág. 36

- enfatizar a participação como instrumento
de reforma
- vinha uma força do PMDB que queria
mudanças

Na década de 1980, o Brasil viveu em seu contexto político e social, um momento de grandes transformações. No social, estava ativa e mais militante que antes, os sanitaristas na busca pela “verdadeira e atuante” reforma sanitária. No político era o enfraquecimento da ditadura militar, as eleições diretas para governadores ocorridas em 1982, e a restauração da democracia através das Diretas Já.

A Nova Republica pelo Presidente José Sarney (1985) é assumida com compromissos de mudança, em especial na área social, inserindo-se aí a questão da saúde. Neste momento, como resultado de toda a trajetória alcançada pelo movimento da reforma sanitária, algumas figuras significativas do movimento assumiam responsabilidades no aparelho do Estado. Essa denominação, própria do presidente, tinha como objetivo caracterizar um novo momento na vida nacional, de mudanças com democracia, após os 21 anos de um regime sem democracia.

Dentro deste quadro social e político, um lugar de destaque era ocupado por alguns militantes da saúde pública, um deles era Sérgio Arouca que estava no centro do movimento, como presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A história da Fiocruz começa em 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal, com o objetivo de fabricar soros e vacinas. Em 1902, o Instituto, ampliou suas atividades, passaram a incluir a pesquisa básica aplicada e a formação de recursos humanos. Nas décadas de 1950 e 1960, o Instituto tentou a criação do Ministério da Ciência, sem resultado, pois isso não se constituía prioridade do Governo.

Arouca a frente da Fiocruz recuperou o prestígio no campo da pesquisa científica e do desenvolvimento tecnológico, tornando-se uma instituição de ponta na formulação e discussão da política de saúde. Contrário à forma autoritária como a instituição vinha sendo administrada, ele inaugurou uma nova fase, marcada pela redemocratização e pela retomada da excelência em todos os campos de atuação da Instituição.

O destaque de Arouca a frente da Fiocruz o levou a presidência da VIII CNS. À frente desta Conferência, criou um marco histórico, um emblema de um momento em que o Brasil voltava a ser Brasil novamente, uma vez que uma nova democracia estava sendo instaurada. Sua principal defesa era em prol de um serviço de saúde gratuito, igual e acessível a todos.

No ano de 1986, intensificou-se o Movimento Sanitário, e foi convocada a VIII CNS a ser realizada entre os dias 17 e 21 de Março do mesmo ano, no Governo de José Sarney. De acordo com o relatório final da VIII CNS, foram reunidas em

Brasília mais de 4.000 pessoas de todas as regiões e classes sociais, dentre essas, 1.000 delegados com direito a voto e mais de 3.000 participantes em jornadas que avançavam pela madrugada e chegavam a se prolongar por até 14 horas. Nessa conferência foram expressas as propostas construídas ao longo de quase duas décadas pelo chamado "movimento sanitário" e que serviram de base para a nova *Constituição Federal Brasileira*.

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

Esta conferência conseguiu pela primeira vez em quase 45 anos de história ser verdadeiramente popular, uma vez que as outras sete CNS tinham seus debates restringidos às ações governamentais, com a participação exclusiva de deputados, senadores e autoridades do setor. Essa organização marcou toda a diferença e dá o principal destaque a VIII CNS. Jairnilson Paim faz a seguinte afirmação sobre a VIII CNS:

“O projeto de Reforma sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Pode-se perceber que a população passa a lutar por seus direitos de cidadãos e pela melhoria da qualidade de vida. Isso também fica evidente pela ampliação do conceito de saúde na VIII CNS”.²⁹

Esta conferência chegou a ser mencionada pelo Presidente José Sarney em um de seus discursos, como a “Pré-Constituinte da Saúde”. A forma de organização concretizou a proposta do debate democrático, possibilitando que os representantes da sociedade civil organizada sentassem à mesma mesa de diferentes profissionais, intelectuais e políticos.

²⁹ PAIM, Jairnilson. Reforma Sanitária e a Municipalização. Saúde e Sociedade, V. 01, São Paulo, 1992. Pág. 31

Essa Conferência diferenciou-se das demais em razão da multiplicidade de representações que participou dos debates. Segundo dados da Fiocruz³⁰, dentre esses participantes, 1.000 eram delegados escolhidos e ou indicados pelas instituições como seus representantes. Obedecendo aos seguintes critérios: 50% dos delegados eram representantes das instituições públicas, estatais, educacionais, de pesquisa e etc. Os outros 50% da sociedade civil, assim distribuídos: entidades, associações e órgãos de representações de produtores privados de serviços de saúde, 15% das vagas; associações e órgãos de representação de produtores privados de serviços de saúde com 20%; sindicatos e associações de trabalhadores urbanos e rurais com 30%; associações de moradores com 10%; entidades comunitárias e outras entidades civis com 20% e partidos políticos com 5%. Quanto às outras instituições, a distribuição foi à seguinte: nível federal com 50% (MS, ME e outros Ministérios e órgãos); nível estadual com 22%; nível municipal com 18% e parlamento com 10%.

O objetivo dos idealizadores da VIII CNS, especialmente de Sérgio Arouca, era de abrir espaço e ouvir as incontáveis experiências na área de saúde que existiam em todo o Brasil. Era reunir brasileiros para saber e discutir como viviam esses brasileiros, quais suas condições de saúde, que melhorias almejavam. Ao contrário das anteriores, deixar os números de lado e atentar-se a enxergar os cidadãos, com seus problemas e perspectivas.

A VIII CNS ganhou visibilidade pública ao ponto de um de seus temas serem abordado de uma forma indireta, a partir da novela Roque Santeiro, de Dias Gomes, exibida pela Rede Globo, no personagem de padre Albano, o sacerdote progressista, vivido pelo ator Cláudio Cavalcanti que abordava o real e dava uma força fundamental para a saúde como direito de todos e dever o Estado.

O processo de preparação da VIII CNS foi desencadeado pelo estímulo e apoio à realização das pré-Conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral. Todos os estados brasileiros realizaram essas pré-Conferências, sendo que alguns tiveram várias conferências municipais antes do evento estadual, como foi o caso de Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará. Estes encontros se constituíam, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate.

³⁰ Dados disponíveis em www.fiocruz.br/cgi/cglua.exe/sys/start.htm

Houve o debate de diversos temas, sendo três os principais: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Foram estabelecidos dois níveis de discursão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, através das apresentações de trabalhos em grupos e outro que se concretizou na assembléia final.

Alguns dos princípios debatidos nesta conferência, como integralidade e universalidade foram estabelecidos naquele momento, e posteriormente incorporados na Constituição de 1988, já acompanhados do reconhecimento da necessidade de se definir prioridades, demonstrado pela indicação da comissão da VIII CNS de "*começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas*". Propostas como a participação da comunidade que já tinham longa trajetória de debate no campo da antiga oposição em saúde, encontraram diferentes percepções e alternativas, uma vez que eram submetidas à discursão pelas diversas representações da sociedade civil, das instituições oficiais e dos partidos políticos.

A VIII CNS possibilitou a discursão de saúde do país e aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimada pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares e que foi levado a Assembléia Nacional Constituinte em 1987 para disputar com outras propostas o que seria inscrito na Constituição sobre Saúde. As discursões permitiram um bom nível de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de propostas quanto às formas de implementação.

O relatório final da VIII CNS indicou a necessidade de modificações significativas ao setor saúde. Assim seria necessária a adoção de medidas que ultrapassem os limites de uma reforma administrativa e financeira, e, reformulasse, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional através de uma legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está proposto na Reforma Sanitária.

Ainda no contexto dessa reforma, a experiência acumulada pelos profissionais em saúde quer sejam no âmbito das academias, quer sejam no âmbito dos serviços, realizadas à sombra do regime militar, havia proporcionado condições materiais e objetivas para a elaboração de propostas em termos técnicos, mas, sobretudo, identificava a imperiosa necessidade de garantir e ampliar a participação da sociedade. Dessa forma haveria o exercício de cidadania. E através dessa cidadania,

umentar o controle e fiscalização das ações e dos serviços de saúde ofertados a população, fossem eles públicos ou privados.

O relatório da VIII Conferência foi bastante conciso, o que aponta para a existência de consenso entre os participantes, sem deixar de destacar aspectos polêmicos como a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde, se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. Após debates, concluiu-se que a estatização imediata, não seria o melhor caminho, havendo a princípio a necessidade de um fortalecimento e expansão do setor público. O consenso almejado foi de aspecto doutrinário, onde se buscou definir os princípios que deveriam nortear as reformas políticas desejadas, sem, contudo, enfrentar a diversidade de propostas quanto às formas de implementação.

Outro tema bastante polêmico foi relativo à separação da Saúde da Previdência. A proposta era de que a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias de seguro social, tais como pensões, aposentadorias e demais benefícios. A saúde estaria entregue a nível federal sendo financiado por várias receitas, oriundo de impostos gerais até que se formasse um orçamento próprio pro setor de saúde. Sobre esse financiamento, será debatido mais adiante quando tratar do tema “Financiamento Setorial”.

No entanto todas as propostas elaboradas e apresentadas nesta conferência apontavam para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) acessível a todas as pessoas, de forma integral garantindo-lhes a prevenção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e do coletivo de forma igual, sem discriminação de raça ou grupo social. Tais propostas ganharam sentido na Constituição Federal de 1988.

3.1 A saúde é um direito de todos e dever do Estado

Desde o começo da década de 1970, com o início do movimento da Reforma Sanitária entre os profissionais de saúde que a questão da saúde era discutida e entendida como resultado das “condições de vida das pessoas”. Em outras palavras, MÉDICI³¹ afirma que o movimento lutava não apenas por assistência médica. Mas, sobretudo, o acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio-ambiente, ao transporte adequado, a uma

³¹ MÉDICI, A.C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras, *Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília: IPEA, dez. 1990. Pág. 49

boa alimentação, á cultura e ao lazer, além do acesso a um sistema de saúde de boa qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas que necessitem. Somente dessa forma, a saúde pode ser adquirida na sua totalidade.

Ao longo de toda a trajetória das conferências em que houve a discursão sobre saúde, observou-se que a questão da saúde sempre esteve relacionada com esses assuntos mencionados pelo movimento da Reforma Sanitária e que outro obstáculo a esses problemas já relacionados, está às desigualdades sociais e regionais que atuam como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

O tema saúde como direito é discutido nesta Conferência com base numa nova visão de políticas públicas. Em 13 considerações o tema amplia o conceito de saúde, negando-se a ser simplesmente o atendimento às doenças. Considera a saúde não como conceito abstrato, mas o direito a saúde como a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário. Não pode ser visto somente como um direito formalizado na constituição do país.

A partir da VIII CNS, seria de responsabilidade básica do Estado à garantia do direito à saúde. Sendo necessária para isso a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população, além da definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário e descentralizado dos serviços de saúde. Seria de sua competência ainda, a normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

Para assegurar o cumprimento de tais políticas de saúde os participantes desta Conferência apontaram como imprescindível garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática e popular, assegurando na Constituição o direito a todas as pessoas as condições fundamentais de uma existência digna com acesso igualitário sob todas as questões.

A VIII CNS teve caráter de uma Conferência “indicativa” por apontar as mudanças que devem estimular o debate entre toda sociedade a fim de ser concluída na promulgação da Constituinte de 1988.

O resultado foi à elaboração dos artigos 196, 197³², 198³³, 199³⁴ e 200³⁵ que dizem respeito à saúde com parágrafos e incisos na seção sobre Saúde. O Artigo 196 diz que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Esse artigo não deve ser lido apenas como uma promessa ou uma declaração de intenções. Na verdade deve se constituir num direito fundamental do cidadão que tem aplicação imediata, isto é, que pode e deve haver cobrança de sua execução. A saúde é um direito de todos por que sem ela não há condições de uma vida digna, e é um dever do Estado por que é financiada pelos impostos que são pagos pela população. Desta forma, para que o direito à saúde seja uma realidade, é preciso que o Estado crie condições de atendimento em postos de saúde, hospitais, programas de prevenção, medicamentos, etc., e, além disto, é preciso que este atendimento seja universal (atingindo a todos os que precisam) e integral (garantindo tudo o que a pessoa precise).

No ano seguinte a VIII CNS, o acesso aos serviços de saúde vai culminar com a criação, do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDES), que deu origem ao SUS, que atende, indiscriminadamente, a qualquer cidadão brasileiro. Essa ampliação da oferta de serviços públicos de saúde se deu com a participação crescente do setor privado, através de convênios, mostrando uma relação entre o público e o privado nas políticas sociais do país.

³² São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado. Constituição Federal, 5 de Outubro de 1988.

³³ As ações de serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Constituição Federal, 5 de Outubro de 1988.

³⁴ A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Constituição Federal, 5 de Outubro de 1988.

³⁵ Este artigo diz respeito às atribuições do Sistema Único de Saúde, com 8 incisos. Constituição Federal, 5 de Outubro de 1988.

3.2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Em 27 itens este assunto foi tratado tendo como diretriz que o novo sistema de saúde deve atender ao seu princípio básico: a saúde como direito de todos. Apontando para um Sistema Único de Saúde (SUS) que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária. Este novo sistema deve ser coordenado apenas pelo Ministério da Saúde, especialmente concebido para esse fim.

A reformulação do SNS foi um dos principais temas da VIII CNS que prendeu grande parte da atenção dos membros desta conferência. Após análise desse tema foi proposto um novo SNS que deveria reger-se pelos seguintes princípios: descentralização na gestão dos serviços; integralização das ações, superando a divisão do conceito preventivo-curativo; unidade na condução das políticas setoriais; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população, através de suas entidades representativas; fortalecimento do papel do Município e a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

Dentre as medidas necessárias para reformulação do SNS, foram indicadas pela comissão da VIII CNS, condições mínimas para o acesso e qualidade dos serviços de saúde. Dentre essas condições está à universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas. Igualdade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção; atendimento oportuno segundo as necessidades de cada indivíduo; respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a função pública; atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis; direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças e direito à assistência psicológica sem discriminação.

Como uma Conferência democrática e com a participação de representantes do povo é interessante destacar que todas essas reivindicações de mudanças são o reflexo exato das necessidades reais sentidas pelos usuários do sistema de saúde a partir das deficiências vividas no dia-a-dia.

Outra questão foi levantada pelos membros participantes e diz respeito a uma remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, além do estabelecimento urgente e imediato de um plano de cargos e salários, associado à capacitação e reciclagem permanente. Outra necessidade ainda dentro dessa reestruturação do SNS referente a recursos humanos é a admissão através de concurso público e a estabilidade no emprego, aspecto, dentre outros, necessário ao comprometimento desses servidores com os usuários. Outra reivindicação deste grupo é quanto ao direito de greve e sindicalização dos profissionais de saúde, além da inclusão no currículo de ensino de saúde do conhecimento das práticas alternativas.

Encontra-se nos anais do relatório final da VIII CNS algumas propostas de uma delimitação e incumbência do que cada esfera governamental teria sob sua competência relativa à saúde.

No nível federal, suas atribuições seriam a formulação e condução da política nacional de saúde; definição das políticas setoriais de tecnologias - incluindo órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos - saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações, determinação de padrões de qualidade homogêneos para o setor público e privado.

No nível Estadual, seriam da competência de seus dirigentes, a gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na unidade federativa. Seria responsável ainda pela elaboração do plano diretor de saúde da unidade federal que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado. Deve estar sob a responsabilidade do Estado a prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais e ainda a gerência do sistema estadual de informação de saúde.

O Município terá a ser cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde, além de manter uma estreita coordenação com o nível estadual. O Município deve fiscalizar a relação entre o setor público e o setor privado e observar se os novos moldes de relacionamento entre esses dois estão sendo seguidos.

Outras mudanças são apontadas em relação ao aparelho setorial produtor de bens. A proposta de fortalecimento dos laboratórios e das indústrias de equipamentos de saúde estatais, além da estatização da indústria farmacêutica e dos setores

estratégicos na área de produção de imunobiológicos e na de produção e comercialização de sangue e hemoderivados.

No relatório final da VIII CNS foi afirmado pelos membros desta conferência que:

A efetivação das propostas da VIII CNS e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde deve ser assegurada através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos Temas Específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional.³⁶

Ao contrário das conferências anteriores, não houve apenas um documento base a ser apresentado, discutido e aprovado, mas sim vários documentos, que foram encomendados pela comissão organizadora a técnicos e estudiosos do setor, para que servissem de subsídio e trouxessem informações á discussão.

3.3. Financiamento do Setor de Saúde

Até a década de 1930, as funções do Estado eram relativamente pequenas e a questão do financiamento da saúde ocupava, em geral, o capítulo das ações de saneamento e combate a endemias. Segundo MÉDICI³⁷, Os mecanismos de assistência médica, que em geral consomem a maior parte dos gastos com saúde, não estavam propriamente no aparelho do Estado, na medida em que eram financiados pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou por fundos de previdência social, formados por contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos.

As estruturas de assistência médica passam a fazer parte das atribuições financeiras do Estado somente após a II Guerra Mundial, quando a política social deixa de ser calcada no universo do trabalho para se tornar universal, isto é, estendida a todos enquanto atributo da cidadania. É a partir dos anos 1950 e 1960 que os gastos públicos com saúde passam a crescer em largas proporções, especialmente no conjunto das economias desenvolvidas.

³⁶ Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>.

³⁷ MÉDICI, A.C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras, *Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília: IPEA, dez. 1990. Pág. 23

É observado por VASCONCELOS et PASCHE ³⁸ que em relação aos gastos de saúde, duas questões mereceram destaque: o volume de recursos gastos no País e os mecanismos e formas de alocação destes recursos. Conforme dados do Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) ³⁹ o gasto federal, que corresponde ao orçamento do Ministério da Saúde, vem crescendo a cada ano. Conforme esses, dados, quando comparado o gasto público com o gasto privado, são percebidos que o investimento público no País é bastante limitado antes os desafios sanitários e propósitos de se construir um sistema universal e eqüitativo.

Nas plenárias da VIII CNS foi apontada a necessidade de um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde (FUDS). Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira semelhante.

Os fundos de saúde, nos diferentes níveis, deveriam ser geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada. O financiamento do sistema de saúde deve ser de responsabilidade do Estado a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios com uma ampla e profunda reforma tributária.

A distribuição de recursos financeiros para as regiões não deve levar em consideração apenas o contingente populacional e sua arrecadação fiscal. Um fator é importante para se considerar nessa divisão que são as condições de vida e de saúde de cada região, promovendo assim uma distribuição mais justa dos recursos.

A comissão da VIII CNS ressaltou que a descentralização, que é um dos princípios para a reorganização do Sistema de Saúde, só se concretizará mediante uma reforma que englobe diversos aspectos e propõe formas de levantar financiamento para o setor de saúde. Algumas dessas formas são: eliminar as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência á saúde e a alimentação; eliminar a isenção de tributação sobre ganhos totais de categorias privilegiadas como militares, parlamentares e magistrados; destinar obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos e tributação sobre as

³⁸ VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde, pág. 245.

³⁹ Dados, informações e análises sobre o orçamento público da saúde no Brasil podem ser pesquisados em <<http://siops.datasus.gov.br/siops>>

empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenção.

IV- CONCLUSÃO

Algumas conclusões podem ser feitas a partir do estudo sobre as CNS. Inicialmente é possível concluir que a *principal* causa das doenças no Brasil é a disparidade social e a exclusão de milhões de pessoas do acesso ao consumo de bens essenciais a uma vida digna. Nesse sentido a prioridade da ação estatal deveria ser a melhoria das condições de vida das pessoas, com políticas de distribuição de renda e de infra-estrutura, principalmente moradia, saneamento, alimentação, emprego, higiene e educação para poder mudar a cara da miséria social. Somente assim é possível conseguir saúde para a população.

As deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nas três esferas.

A cada nova Conferência, pôde ser observado um aumento importante da participação da sociedade civil e inserção de diferentes temas conforme a necessidade do momento. As Conferências são um fenômeno que garante a definição de políticas de saúde cada vez mais democráticas e que se tornaram fóruns privilegiados que a sociedade civil possuía para discutir e apontar soluções para os problemas que envolviam a saúde da população brasileira.

Foi nesse espaço das Conferências que a sociedade se articulou para garantir que os interesses e as necessidades da população na área da saúde fossem ampliadas, asseguradas e avaliadas.

Observando o outro lado das CNS é possível concluir que elas vêm falhando no cumprimento dos seus objetivos, que é de avaliar as condições de saúde da população e propor diretrizes de políticas públicas para resolver os problemas do país. As propostas são levantadas, mas nem sempre são postas em prática, ou seja, nem todas tiveram os resultados da VIII CNS resultando num documento final com destaque em Constituição.

Seus longos relatórios são elaborados com várias considerações e proposições que na maior parte das vezes são repetições dos princípios elaborados nas conferências anteriores, onde a retórica ascética toma o lugar dos objetivos das

conferências. Suas definições na maioria das vezes são teorias muito distantes da prática.

O esforço empreendido e as expectativas criadas na VIII CNS só foram possíveis e só valeram a pena devido o imprescindível efeito conseguido com a articulação de forças sociais e com a ampliação do debate sobre saúde.

De qualquer forma, a VIII CNS cumpriu duas tarefas: uma, imediata, de aclaramento e consolidação da política setorial do governo; e a outra, de afirmação de um conceito sobre a Reforma Sanitária, que então se pretendia viabilizar e desencadear com a Constituinte.

No Brasil, a inegável ampliação da cobertura assistencial que vem ocorrendo desde os anos 1970, e continua pelas décadas de 1980 e início dos 1990, intensificada através da municipalização das ações e serviços, não alterou substancialmente o quadro sanitário do país. Isso demonstra que, embora necessária, a extensão da cobertura assistencial por si só é incapaz, de alterar o nível de saúde da população. É necessária uma mudança, como já citado, na estrutura política, econômica e social do país, visando alterar qualitativamente e quantitativamente todas as áreas relacionadas à saúde.

O impacto de 8ª CNS foi
enorme.

A ideia de Groussi de ~~ideia~~
participação da sociedade. Essa ideia
em de Anouca.

Ve não tem livros para a proteção
das instituições.

→ Como a sociedade civil se tornou
~~mais presente nas políticas do~~
Estudo

V- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU E LIMA, M. (1988), Financiamento do Sistema Único de Saúde. Reflexões sobre Finsocial e FAS. Seminário sobre Financiamento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde SUDS. São Paulo, 8-11 de agosto.

BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sergio Goes de. Saúde e Previdência: Estudos de política social. São Paulo, HUCITEC, 1986, 2a. ed.

BRASIL. (1988), Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, Imprensa Oficial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Relatório da I Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 12 de Fevereiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Relatório da III Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 17 de Fevereiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 de Março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Relatório da V Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 04 de Março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Relatório da VI Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 16 de Abril de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 16 de Abril de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 14 de Agosto de 2007.

CHAVES, Mário. Saúde e Sistemas. Editora Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1971. Pág. 01

FIORI, José Luís. (1991), *Democracia e Reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas*. Rio de Janeiro, Instituto de Economia Industrial/UFRJ.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no Governo Vargas (1930-1945: Dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2007.

LUZ, M. T. (1994), "As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na Década de 80", *in* Guimarães e Tavares (orgs.), Saúde e Sociedade no Brasil dos Anos 80. Rio de Janeiro.

MENDES, E. V. (1992), O Processo Social de Distritalização da Saúde. Brasília, OPS, mimeo.

MEDICI, André Cezar. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde 3ª. ed. Brasília: IPEA, 2002.cap. II,

MEDICI, A.C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras, *Planejamento e Políticas Públicas*, n.4, p. 23-98. — Brasília: IPEA, dez. 1990.

OLIVEIRA, J. A. de A. e TEIXEIRA, Sônia M. F. (1986), *Imprevidência Social*. Rio de Janeiro, Vozes.

TEIXEIRA, Sônia F. (1989), "Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária", in S. F. Teixeira (org.), *Reforma Sanitária Em Busca de uma Teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/Abrasco.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde, pág. 245.

NUNES, Tânia Celeste Matos. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. 1998. Tese (Doutoramento). Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set., 1990.