



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Série

Nº 175

Estudos em Saúde Coletiva

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES
E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL
E A RENOVAÇÃO DA PROPOSTA
"SAÚDE PARA TODOS"

JAIRNILSON SILVA PAIM

ISSN 1413-7909

DEZEMBRO 1998

PS
SESC
175

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REITOR

ANTONIO CELSO ALVES PEREIRA

VICE-REITORA

NILCÉA FREIRE

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

DIRETOR

RICARDO ANTONIO WANDERLEY TAVARES

VICE-DIRETOR

MARIO ROBERTO DAL POZ

Série

ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA . ISSN 1413-7909

É UMA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS PARA DISCUSSÃO DO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO,
DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.

EDITOR

GEORGE E. M. KORNIS

PRODUTORA EXECUTIVA

DEANE CASTELLIANO

COPIDESQUE E REVISÃO

ANA SILVIA GESTEIRA

DESIGNERS

SILVIA STEINBERG

MARCELLUS SCHNELL

PRODUÇÃO GRÁFICA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

DANIELLE TAVARES

CONSELHO EDITORIAL

CID MANSO DE MELLO VIANNA *DEPTO. DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE*

LUIZ ANTÔNIO DE CASTRO SANTOS *DEPTO. DE POLÍTICAS E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE*

ROSELY SICHIERI *DEPTO. DE EPIDEMIOLOGIA*

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/SISBI/SERPROT

- S485 Paim, Jairnilson Silva.
Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "saúde para todos" / Jairnilson Silva Paim. - Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998.
27p. - (Série estudos em saúde coletiva; n. 175)

Bibliografia.

ISSN 1413-7909

1. Política de saúde - Brasil. 2. Reforma sanitária - Brasil. 3. Serviços de saúde - Brasil.
I. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. II. Título. III. Série.

CDU 616-058



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série *Estudos em Saúde Coletiva*

DESCENTRALIZAÇÃO DAS
AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
NO BRASIL E A RENOVAÇÃO
DA PROPOSTA "SAÚDE
PARA TODOS"

JAIRNILSON SILVA PAIM

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO
BRASIL E A RENOVAÇÃO DA PROPOSTA "SAÚDE PARA TODOS" 03**

Resumo/Abstract	03
Introdução	04
Antecedentes	05
Condições históricas, socioculturais, políticas e econômicas que têm fortalecido os processos de descentralização no país	06
Alcance das metas da SPT no Brasil: obstáculos e elementos favoráveis que incidiram nesse processo desde o final dos anos 70	10
A implantação da Reforma Sanitária Brasileira	11
Fundamentos jurídicos e normativos da descentralização	14
A descentralização e a mudança dos modelos de atenção à saúde	17
Perspectivas para o século XXI	20
Referências bibliográficas	24

Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”*

JAIRNILSON SILVA PAIM

Resumo

Neste ensaio descreve-se o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil nos últimos trinta anos, com o objetivo de discutir certos componentes da descentralização e do ideário da “Saúde para todos no Ano 2000” (SPT-2000). Nesse sentido, são apresentadas algumas características das políticas de saúde racionalizadoras e descentralizantes, destacando-se os obstáculos e os elementos favoráveis ao desenvolvimento da SPT-2000 no Brasil. Descreve-se a implantação da Reforma Sanitária Brasileira, sistematizando-se os fundamentos jurídicos e normativos da descentralização, anteriores à NOB-96, enfatizando-se possíveis relações com os modelos de atenção. Finalmente, é apresentado um esquema preliminar dispondo de três cenários para as políticas de saúde no Brasil nos próximos vinte anos. Admite-se que a descentralização possa avançar para o âmbito onde se realizam as práticas de saúde, podendo transformar em sujeitos os objetos dessas práticas.

Abstract

This essay describes the development of health politics in Brazil during the last thirty years. It tries to discuss some components of the decentralization and the conception of “Health for All in 2000” (SPT-2000). In this sense, the author presents certain characteristics of the rational and decentralizing health politics, pointing out the obstacles and favoring elements for the development of SPT-2000 in Brazil. The implantation of the Brazilian Sanitary Reform is described, and the juridical and normative foundations of the decentralization, previous to NOB-96, are systematized, and the possible relations with the health care models are pointed out. Finally, a preliminary outline is presented, with three scenarios for the health politics in Brazil for the next twenty years. It is admitted that decentralization can approach the health practices, transforming the objects into subjects of such practices.

* Documento elaborado por solicitação do Escritório da Organização Pan-americana da Saúde no Brasil, para apresentação na Conferência Regional sobre Tendências Futuras e Renovação da Meta Saúde para Todos, realizada em Montevidéu, Uruguai, de 9 a 12 de junho de 1996.

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde têm constituído objeto de reflexão e de pesquisa no Brasil, além de arena de interesses e espaço de militância. Representam um exemplo fecundo da contribuição das ciências sociais à Saúde Coletiva, tanto para o campo de saber quanto para o desenvolvimento das práticas. A formulação de políticas e a planificação em saúde, enquanto práticas técnicas, articulam-se, nessa perspectiva, com as práticas políticas, econômicas e sociais.

No caso da Saúde Pública, ainda que variavelmente concitualizada em função das distintas concepções sobre saúde, e das suas relações com a sociedade e o Estado nas diferentes formações sociais, observou-se, na última década, um grande interesse pelo desenvolvimento de uma reflexão crítica no sentido de identificar novas perspectivas. A Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm estimulado algumas iniciativas importantes para repensar a saúde e reorientar a organização dos respectivos sistemas, tendo em conta as tendências da situação sanitária e os desafios colocados para a passagem do milênio (OPS, 1993; OPS, 1994; WHO, 1995a; WHO, 1995b). Assim, no início da década de noventa, entre as diversas contribuições para o debate nas Américas, foi apresentada a seguinte reflexão:

“Não é recomendável fazer futurologia em relação a uma prática social como a Saúde Pública. Seus objetos e meios de trabalho são históricos e se modificam com as alterações nas relações sociais — econômicas, políticas e ideológicas. Na medida em que as necessidades de saúde são socialmente determinadas, as práticas de Saúde Coletiva são redefinidas tendo em conta o desenvolvimento dos seus instrumentos de trabalho e a instauração de novas relações técnicas e sociais (...). Não basta a prestação de serviços preventivos e curativos pelos profissionais num sistema estatizado privilegiando as doenças ou agravos à saúde de acordo com o perfil epidemiológico. Já não cabe confundir público com estatal. O Estado, seus aparelhos e burocracias, para serem **publicizados**, isto é, servirem efetivamente ao conjunto da sociedade, precisam estar sujeitos ao controle democrático do público (não apenas via parlamento e meios de comunicação), como garantia de transparência e do cumprimento dos objetivos da sociedade. Do mesmo modo, o exercício da participação organizada dos grupos sociais, bem como o reconhecimento e o estímulo às iniciativas comunitárias radicadas na solidariedade, constituem possibilidades de redefinição das relações sociais que auxiliem na redução do sofrimento humano, na preservação da saúde, na elevação da consciência sanitária e ecológica, e na melhoria da qualidade de vida. A crise da saúde, como componente da crise social mais ampla que deverá permanecer nas próximas décadas, imporá à Saúde Pública modelos de explicação e de análise mais complexos e formas de intervenção mais abrangentes e participativas” (PAIM, 1992b).

Nesse sentido, a OPS promoveu uma profícua discussão sobre a teoria e a prática da Saúde Pública na Região das Américas (OPS, 1993), enquanto a OMS, ao estabelecer o seu IX Programa Geral de Trabalho para o período 1996-2001 (OMS, 1994), possibilitou, entre outras iniciativas, a discussão sobre a “Nova Saúde Pública”, ao final de 1995 (WHO, 1995a). Digna de registro especial, no entanto, é a proposta de elaboração de uma política para a equidade, solidariedade e saúde para as próximas

décadas, reconhecida como “Renovação da Estratégia da Saúde para Todos” (WHO, 1995b; WHO, 1996; OPS, 1995; OPS/OMS, 1995).

Justifica-se, portanto, uma reflexão sobre os caminhos percorridos pelos diversos países na implementação de suas políticas de saúde, especialmente após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1979). O Brasil, embora não tenha participado diretamente de tal evento, possivelmente sofreu as suas influências na formulação das políticas de saúde das últimas décadas.

No presente texto, entende-se como política de saúde as formas historicamente determinadas de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. Distinguem-se, ainda, as noções de desconcentração e de descentralização. A primeira, presente nos textos anglo-saxônicos, corresponde ao deslocamento de ações, atividades, responsabilidades, serviços e recursos do centro para a periferia do sistema ou da organização. Já a descentralização, de acordo com a literatura técnica francesa, implica o deslocamento do poder, da gestão, das atribuições e das decisões para os níveis mais periféricos do sistema ou da organização (TEIXEIRA, 1991).

No Brasil, a expressão “municipalização da saúde” embora absorva elementos da noção de desconcentração, reforça os componentes da descentralização, particularmente os que se referem à distribuição do poder:

“Municipalizar a saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. O exercício pleno dessa responsabilidade pressupõe a unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação (...). A municipalização é parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, através da devolução de poderes ao Município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade” (CUNHA, 1994).

A temática descentralização / municipalização / sistema local de saúde (SILOS) é fundamentalmente político-estratégica, ainda que exija certa reflexão sobre a condução técnico-operativa, seja normativa, seja tático-operacional. Assim, o presente trabalho concentrará sua atenção sobre o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil nos últimos trinta anos, com o objetivo de discutir certos componentes da descentralização e do ideário da “Saúde Para Todos no Ano 2000” (SPT-2000).

ANTECEDENTES

Pode-se constatar nas décadas de sessenta e setenta algumas iniciativas da sociedade (Igreja, universidades, associações comunitárias, etc.) e do Ministério da Saúde que apontavam para a possibilidade de ser formulada uma política específica de descentralização dos serviços e ações de saúde para o Brasil.

Uma proposta de municipalização dos serviços de saúde foi apresentada em 1963, pelo então Ministro da Saúde Wilson Fadul, e discutida durante a III Conferência Nacional de Saúde (FADUL, 1978). Todavia, a ruptura institucional ocorrida no Brasil no ano seguinte, intensificando os processos de centralização e de privatização, abortaram o desenvolvimento da proposta. Assim, os espaços para a experimentação de modelos de atenção de saúde e organização de serviços no âmbito local passaram a ser ocupados por programas comunitários de saúde, geralmente vinculados a certas universidades e à Igreja no final dos sessenta e início dos setenta (PAIM, 1982). Esses programas, de um modo geral, seguiam o modelo da Medicina Comunitária voltada para populações negras e pobres dos Estados Unidos durante as administrações Kennedy e Johnson e eram apoiados por fundações americanas (PAIM, 1976).

No Brasil, a primeira metade da década de setenta caracterizou-se pela adoção do modelo focal de medicina ou saúde comunitária. Este consiste na implantação de serviços básicos de saúde para populações pobres das periferias urbanas ou residentes de áreas rurais sem acesso aos serviços de saúde. Buscava-se a integração de ações preventivas e curativas, com ênfase em atividades extramurais (visitas domiciliares, trabalho de campo, saneamento, reuniões, ações educativas, etc.) e no uso de pessoal auxiliar. A incorporação de estudantes de medicina, odontologia, enfermagem, entre outros, em muitos dos projetos permitiu o desenvolvimento de propostas de integração docente-assistencial (IDA), geralmente vinculadas aos departamentos de medicina preventiva e similares no interior das universidades.

CONDIÇÕES HISTÓRICAS, SOCIOCULTURAIS, POLÍTICAS E ECONÔMICAS QUE TÊM FORTALECIDO OS PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO NO PAÍS

A segunda metade da década de setenta vai ser caracterizada pela adoção de um modelo expansionista (CORDONI, s/d) ou de reprodução ampliada de saúde comunitária. Trata-se da implantação de programas de extensão de cobertura (PECs), tendo como referência experiências do modelo focal e recomendações de organismos internacionais, tal como disposto no Plano Decenal de Saúde das Américas (OPS/OMS, 1973). Nesse particular, a experiência do Programa de Saúde Comunitária de Montes Claros, norte do estado de Minas Gerais, considerado um dos projetos demonstrativos mais bem sucedidos (TEIXEIRA, 1995), possibilitou a formação de quadros técnicos e dirigentes para o modelo expansionista, além da constituição de um “laboratório comunitário” para a formação de pessoal auxiliar e de planificação e programação em saúde no nível municipal.

6

AS POLÍTICAS RACIONALIZADORAS

Um divisor político-institucional desses dois modelos pode ser identificado na realização da V Conferência Nacional de Saúde, com a participação de técnicos e autoridades do setor, na qual foi discutida a criação de um Sistema Nacional de Saúde, mediante a Lei nº 62.229/75 (CNS, 1975). Esta lei definia as atribuições dos diversos ministérios envolvidos com a questão saúde, bem como as responsabilidades da União, dos estados e dos municípios. Entretanto, o Governo federal enfrentou críticas e

resistências em relação às propostas de regulamentação da lei, especialmente do setor privado e seus “representantes” na burocracia da previdência social, e optou por uma estratégia distinta de implementação. Recorreu, nesse caso, à implantação de um conjunto de programas especiais elaborados no âmbito do Ministério da Saúde (Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa Especial de Controle da Esquistossomose, etc.) cuja execução cabia aos estados, com a colaboração eventual dos municípios (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1977). De todas essas iniciativas, reconhecidas como “políticas racionalizadoras”, (PAIM, 1981) destaca-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que representou a maior expressão dos PECs no Brasil.

O PIASS foi criado em agosto de 1976, com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes. Possibilitou a instalação de uma expressiva rede física de centros e postos de saúde nos estados do Nordeste brasileiro, de modo que em janeiro de 1983 as secretarias estaduais de Saúde dispunham de 2.607 postos de saúde, 963 centros de saúde e 199 unidades mistas. Entre 1978 e 1982 foram implantados 1.226 sistemas simplificados de abastecimento de água, construídas 166.842 privadas higiênicas e incorporadas 2.823 atendentes de saúde à rede (PINTO, 1983).

Além disso, o PIASS representou um espaço político-institucional para as iniciativas de modernização das burocracias da saúde e para o envolvimento de prefeituras na execução de ações de saúde e saneamento, através de convênios. Ao mencionar a participação comunitária entre os seus objetivos, este programa legitimava um conjunto de esforços visando à incorporação dos atendentes de saúde na força de trabalho do setor e das representações comunitárias no processo político da saúde.

Conseqüentemente, a realização da Conferência de Alma-Ata indicava que a condução da política de saúde no país afinava-se com as propostas dos organismos internacionais que promoveram o importante evento. A Declaração de Alma-Ata, por sua vez, indicava que os caminhos percorridos pelo Brasil para a extensão de cobertura com ênfase na atenção primária de saúde e, de certo modo, para a descentralização, eram considerados válidos pelos organismos internacionais. Não surpreendeu, portanto, a decisão de o Governo brasileiro ratificar a Declaração de Alma-Ata durante a Assembléia Mundial da Saúde, em 1979 (PAIM, 1987).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta de expansão do PIASS para todo o território nacional (PINTO, 1983), com o nome de PRÓ-SAÚDE. Todavia, ao convocar a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, com o tema central Serviços Básicos de Saúde (CNS, 1980), o Ministério da Saúde conseguiu articular uma proposta conjunta com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), resultando na elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, mais conhecido como PREV-SAÚDE (PAIM, 1984). Tratava-se de uma ambiciosa iniciativa de reorientação do sistema de saúde, mediante a integração programático-funcional entre os dois ministérios e as secretarias estaduais e municipais de Saúde. Tal programa apresentava um conjunto de diretrizes que reforçava a atenção primária de saúde (APS), a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização de serviços, o sistema de referência e contra-referência, a integração de ações preventivas e curativas, entre

outras. Simultaneamente, explicitava os investimentos necessários para garantir o acesso de cerca de trinta milhões de brasileiros excluídos dos cuidados básicos de saúde.

A crise econômica do início da década de oitenta, que se expressa como crise financeira da previdência social, aliada às oposições da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da burocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), contra o PREV-SAÚDE, impediram a implementação do mesmo. Todavia, a crise da previdência levou o Governo federal a criar o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, que estabeleceu um conjunto de medidas saneadoras e racionalizadoras no âmbito da assistência médico-hospitalar (PAIM, 1984). Nesse particular, destaca-se a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, mais conhecido como Plano do CONASP (FONSECA, 1983), composto por diversos projetos. Esse plano, não obstante reiterar princípios e diretrizes do PREV-SAÚDE, consolidava o “planejamento paramétrico” centrado na demanda/oferta. Alterava, ainda, a sistemática de internações hospitalares nos serviços privados contratados, bem como substituía a forma de pagamento por unidade de serviços.

AS POLÍTICAS DEMOCRATIZANTES

Um dos projetos do Plano do CONASP referia-se aos “convênios trilaterais” envolvendo o MS, o MPAS e as secretarias estaduais de Saúde (SES). Embora inicialmente de baixa prioridade, tais convênios resultaram em 1983 no Programa das Ações Integradas de Saúde. Destaque-se, nesse particular, a realização de eleições diretas para governadores dos estados no ano anterior, que permitiu o aparecimento na cena política de governadores e secretários estaduais de Saúde que defendiam o redirecionamento das políticas privatizantes da previdência social. Assim, foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que representou um novo ator social em defesa da democratização da saúde, ao lado dos movimentos sociais organizados na segunda metade da década de setenta. O CONASS defendia o fortalecimento dos serviços públicos e a descentralização, construindo canais de articulação política com os municípios mais progressistas.

Em 1984, o Programa das Ações Integradas de Saúde, mediante portaria interministerial envolvendo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o MPAS e o MS, é transformado em *estratégia* de articulação programático-funcional entre tais ministérios e os governos estaduais e municipais (PAIM, 1986). Nesse sentido foram assinados convênios com estados (termos aditivos) e com municípios (termos de adesão) tendo como elementos de negociação a existência de planos de saúde e a instalação de “comissões interinstitucionais de saúde” no âmbito estadual (CIS), regional (CRIS), municipal (CIMS) e local (CLIS). Nessa época emerge um novo ator social — o movimento municipalista da saúde (GOULART, 1995) — que passa a pressionar, em diferentes espaços político-institucionais, pela descentralização da saúde.

A estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) foi defendida como caminho para a descentralização e para o reforço dos municípios, tornando-se parte do Programa

de Governo do Presidente eleito por via indireta Tancredo Neves. Portanto, mesmo esgotado o regime autoritário em 1985, a chamada Nova República expande consideravelmente os convênios com estados e municípios para a implantação das AIS. No ano seguinte, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com cerca de cinco mil participantes, sendo metade de representantes da sociedade civil, estabeleceu as bases doutrinárias para a Reforma Sanitária Brasileira, destacando-se a criação de um Sistema Único de Saúde universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral (CNS, 1987).

Enquanto se processavam os entendimentos políticos para a implantação da Reforma, o Ministério da Saúde recuou para a sua prática campanhista, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do INAMPS, garantiu a expansão das AIS para mais de dois mil municípios brasileiros. Do mesmo modo, enquanto a Assembléia Nacional Constituinte elaborava a nova Constituição da República Federativa do Brasil, o MPAS/INAMPS, juntamente com algumas secretarias estaduais de Saúde, formularam a proposta de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (BRASIL, 1987). O SUDS, entendido como “estratégia-ponte” (PAIM, 1988) para a instalação do Sistema Único de Saúde durante a construção do arcabouço legal para a Reforma Sanitária, utilizava convênios entre os governos federal, estadual e municipal, porém apresentava alguns avanços, pois superava-se a compra de serviços no interior do setor público — os repasses de recursos eram feitos com base na Programação-Orçamentação Integrada (POI) e criavam-se os conselhos estaduais e municipais de saúde, paritários e deliberativos (CORDEIRO, 1991).

A implantação do SUDS, respaldada por decreto presidencial (BRASIL, 1987), desconcentrou recursos e descentralizou parte do processo decisório para o âmbito dos estados (política denominada “estadualização”), sobretudo no que se refere ao esvaziamento programado do INAMPS, mediante a fusão de suas estruturas administrativas nos estados com as das secretarias estaduais de Saúde e, posteriormente, com a extinção de suas superintendências e substituição por escritórios regionais. Além disso, o SUDS possibilitou o desencadeamento de mais dois processos no sentido da descentralização das ações e serviços de saúde: a municipalização e a distritalização.

No primeiro caso, tratou-se de incorporar os municípios na prestação de serviços, no planejamento e, parcialmente, na gestão de saúde, por intermédio de convênios com as secretarias estaduais de Saúde (SILVA, 1989). Esse processo sofreu alguns avanços e muitos retrocessos, num contexto político bastante conturbado diante das negociações e pressões em torno do texto final da constituinte e das sucessivas campanhas eleitorais ocorridas em 1988 (municipais), em 1989 (presidenciais e do Congresso Nacional) e em 1990 (estaduais).

No caso da distritalização, tática empreendida com o apoio de algumas SES (BRASIL, 1990b), buscou-se a adoção de modelos assistenciais alternativos voltados para uma população definida em um território-processo. Tratava-se, portanto, de buscar formas organizativas e gerenciais que permitissem a reorientação do sistema de saúde no horizonte da Reforma Sanitária, através da redefinição das práticas de saúde com vistas a novos modelos de atenção. Nesse sentido, os distritos sanitários poderiam corresponder a um município, ao agrupamento de alguns municípios

contíguos, ou partes de um município que contemplassem uma população em torno de 150 mil habitantes.

ALCANCE DAS METAS DA SPT NO BRASIL: OBSTÁCULOS E ELEMENTOS FAVORÁVEIS QUE INCIDIRAM NESSE PROCESSO DESDE O FINAL DOS ANOS 70

Apesar de a VII CNS em 1980 constituir-se em momento privilegiado para a discussão das propostas da Conferência de Alma-Ata e, conseqüentemente, das metas da Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), o empenho do governo dirigiu-se no sentido de integrar os Ministérios da Saúde e da Previdência Social em torno do PREV-SAÚDE. O amplo debate nacional em torno desse programa, vinculando-o à proposta da atenção primária de saúde (APS), amarrou, de certo modo, as metas da SPT-2000 a tal iniciativa governamental.

A prescrição da APS como uma “panacéia de amplo espectro” foi considerada um equívoco na medida em que não levava em conta a especificidade de cada país, tal como se pode ilustrar com o seguinte texto:

“Não será brandindo, irrefletidamente, concitos, muitas vezes esvaziados de significação concreta, que se implementarão novas políticas capazes de responder às necessidades de saúde das populações subdesenvolvidas (...). Não temos conseguido reinterpretar a atenção primária à saúde de modo a obter a melhor compreensão, ou intervenções mais efetivas sobre os problemas de saúde no país. Pelo contrário, após uma fase de euforia com o jargão primarista, começamos a nos cansar da proposta, talvez por não termos chegado a resultados que dela esperávamos indevidamente” (VIEIRA, 1983).

Na medida em que a oposição ao PREV-SAÚDE e a crise financeira na previdência social obrigaram o Governo a engavetar o programa (PAIM, 1984), as metas da SPT-2000 parecem ter seguido o mesmo destino: o esquecimento.

Apenas o corpo doutrinário da SPT-2000 continuou inspirando as políticas de saúde fragmentadas dos órgãos governamentais. Nesse particular, destacam-se a participação comunitária, a ênfase na APS (particularmente nos programas especiais do Ministério da Saúde) e as tentativas de descentralização. Conseqüentemente, três distintas concepções sobre APS têm fundamentado as práticas de saúde no Brasil e, de certo modo, na América Latina:

- a) APS enquanto nível de atenção (1º nível ou 1ª linha) (OPS, 1990);
- b) APS enquanto programa de medicina simplificada ou “atenção primitiva de saúde” (TESTA, 1992);
- c) APS enquanto estratégia da política de SPT-2000 (MENDES, 1990).

Os cuidados primários de saúde, ao assumirem na primeira metade do década de oitenta um caráter de *programa* de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, em vez de uma *estratégia* de reorientação do sistema de serviços de saúde no Brasil, deixaram de ser privilegiados nas proposições elaboradas durante a VIII CNS, em 1986. Entretanto, o ideário da SPT-2000 referente à integralidade, equidade, descentralização, intersetorialidade, à participação da comunidade, e regionalização e hierarquização de serviços, foi amplamente incorporado no corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 1987).

No que diz respeito ao desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, durante as três últimas décadas, é possível distinguir um percurso que começa com a desconcentração e dirige-se progressivamente para a descentralização. Assim, antes de Alma-Ata, os PECs possibilitaram a desconcentração de atividades e serviços para os municípios. Após Alma-Ata, a estratégia AIS/SUDS permitiu a desconcentração de recursos e de responsabilidades para os municípios. Com a implantação do SUS e, especialmente, com a política formulada em 1993 (BRASIL, 1993a), passa a ocorrer, com avanços e recuos, a descentralização de atribuições, gestão e poder de decisão para o nível local do sistema.

Presentemente, um “novo olhar” sobre APS supõe o exame de pelo menos duas possibilidades:

- a) APS como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de saúde, mediante a implantação de distritos sanitários ou SILOS;
- b) APS como concepção e teste de **modelos assistenciais** alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (PAGANINI, 1990; MENDES, 1990).

Os **modelos assistenciais** ou **modelos de atenção à saúde** podem ser compreendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 1993a). Não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim racionalidades diversas que informam a práxis. Conseqüentemente, um “novo olhar” sobre APS requer a revisão crítica das concepções e experiências anteriores e a sintonia com a complexidade da situação de saúde (adolescentes, idosos, causas externas, AIDS, etc.) e de suas tendências. Para tanto não basta o “olho clínico” que a medicina insinuou entre as práticas de saúde coletiva. É necessário ampliá-lo com um olhar epidemiológico e social sobre a problemática de saúde que não ignore culturas e valores das sociedades nem as possibilidades de mudança.

A IMPLANTAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O período compreendido entre março de 1985 e março de 1988 caracterizou-se pelo desencadeamento do processo da Reforma Sanitária Brasileira que, no âmbito setorial, produziu os seguintes fatos:

- a) contenção das políticas privatizantes da previdência social através do INAMPS;
- b) transferência significativa de recursos previdenciários para estados e municípios;
- c) prioridade para o fortalecimento dos serviços públicos;
- d) estímulo à integração das ações e serviços de saúde;
- e) apoio à descentralização gerencial;
- f) incorporação do planejamento à prática institucional;
- g) abertura de canais para a participação popular.

Nessa conjuntura, o projeto da Reforma Sanitária foi entendido como um conjunto articulado de políticas visando à modificação das condições de vida e de saúde da população

e à reformulação do setor (AROUCA, 1988). Para a sua construção contribuíram os movimentos sociais pela democratização da saúde que se originaram na sociedade civil, ainda no período autoritário (movimento sanitário), e que tiveram a sua expressão mais sistematizada na VIII CNS. Do mesmo modo, a implementação de políticas racionalizadoras que permitiram certa modernização das burocracias da saúde, sobretudo em função dos programas de extensão de cobertura (PECs), facilitou a formação de quadros técnicos que se tornaram aliados na construção político-social do projeto da Reforma Sanitária.

A partir dessas origens, três vias foram utilizadas para a implantação da Reforma Sanitária: a legislativo-parlamentar, a sociopolítica e a técnico-institucional.

A via *legislativo-parlamentar* teve início com o conjunto de esforços coordenados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) na fase imediatamente após a VIII CNS, visando a subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte com o corpo doutrinário do projeto da Reforma Sanitária. Assim, os constituintes, utilizando-se de audiências públicas em que se manifestaram diferentes interesses e de um intenso processo de negociação, conseguiram produzir uma Constituição dispondo de um conceito ampliado de saúde, reconhecendo o direito à saúde e o dever do Estado em assegurá-lo e, finalmente, estabelecendo os princípios e diretrizes para a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a primeira diretriz do artigo 198, que se refere à constituição do SUS, diz respeito à “**descentralização**, com direção única em cada esfera de governo” (CONASEMS, 1990). Esta via se complementa com a publicação das leis que definem a organização do SUS, sobre a participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros (CONASEMS, 1990).

A via *sociopolítica*, engendrada especialmente por organizações da sociedade civil, lideranças políticas e intelectuais do movimento sanitário, difundia o projeto junto à opinião pública, exercia uma pressão organizada sobre os constituintes e parlamentares durante a elaboração da Constituição e da legislação ordinária e, organizando um fórum próprio — a Plenária Nacional de Saúde —, estabelecia canais de comunicação entre a sociedade civil e o Estado.

Já a via *técnico-institucional* consiste no trabalho de organização, planejamento, gestão e reestruturação das práticas de saúde no âmbito das instituições, visando à tradução dos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária em ações concretas. Esse empreendimento ocorreu inicialmente na transformação da estratégia das AIS em SUDS e depois, com a implantação do SUDS, através da reorganização institucional para a absorção das funções do INAMPS pelas secretarias de Saúde, além dos processos de municipalização e de distritalização já mencionados. Recentemente, essa via vem sendo mais acionada para a implantação do SUS, particularmente no que se refere ao esforço de descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios e à mudança do modelo assistencial.

Todavia, a implantação da Reforma Sanitária deparou-se com uma conjuntura distinta da correspondente ao período 1985-1988. A partir de então, ocorre um retrocesso político em função das negociações efetuadas para a aprovação de certos tópicos do texto constitucional, que se aprofunda, posteriormente, com a instabilidade

econômica e com a eleição de um governo de tendência neoliberal. Conseqüentemente, a conjuntura que vai de abril de 1988 a setembro de 1992, apesar de envolver dois governos distintos, apresenta traços de políticas de saúde que apontam para o reforço de um projeto conservador. Essas políticas caracterizaram-se pelos seguintes fatos:

- a) apoio ao modelo médico-assistencial privatista “reciclado”;
- b) reforço à centralização decisória e ao controle burocrático;
- c) desmonte do SUDS e “operação descrédito” da Reforma Sanitária (PAIM, 1989);
- d) municipalização discriminatória e “presente de grego” (PAIM, 1991);
- e) implantação distorcida ou imperfeita do SUS;
- f) privilegiamento da lógica da produtividade, por intermédio do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

Não obstante tais características, nessa conjuntura foi promulgada a Constituição de 1988, além de elaboradas as constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios, sancionadas as leis que organizaram o SUS, realizada a IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS), instalado o Conselho Nacional de Saúde e experimentados modelos assistenciais e de organização de serviços, através de distritos sanitários, em diversos municípios brasileiros.

Após o *impeachment* do Presidente da República, no final de 1992, inicia-se uma conjuntura sanitária que permitiu retomar certos aspectos do projeto da Reforma Sanitária. Em discurso proferido para a nação, em 30/12/92, o Presidente Itamar Franco afirmava que “saúde é um dos primeiros compromissos do Governo”. Assim, foi amplamente debatida, a partir de janeiro de 1993, a versão preliminar do documento “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”, inspirado nas recomendações da IX CNS (CNS, 1992) e, posteriormente, assumido como política de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde.

Alguns fatos novos ocorridos nessa conjuntura pareciam reforçar as observações acima. Além do brado da IX CNS — “cumpra-se a lei” — e da formulação de política descentralizante pelo Governo federal, merecem ser citados:

- a) influência da sociedade civil na política de saúde através do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos conselhos estaduais e municipais;
- b) municipalização da saúde reconhecendo a diversidade das situações (BRASIL, 1993b);
- c) experimentação de modelos assistenciais alternativos por governos estaduais e municipais;
- d) reativação de certos movimentos da cidadania (luta contra a fome e a miséria, defesa da vida e contra a violência, etc.).

Subjacente à produção desses fatos ocorria, no entanto, uma progressiva reciclagem do modelo médico-assistencial privatista (MMA), constituído ao longo da década de setenta e parte da de oitenta. O MMA era formado por quatro subsistemas: o subsistema estatal (SE); o subsistema contratado e conveniado (SCC); o subsistema da assistência médica supletiva (SAMS), e o subsistema de alta tecnologia (SAT). Na passagem da década de oitenta para a de noventa, a porção “moderna” do SCC é incorporada ao

SAMS enquanto a parte “tradicional” vincula-se ao SE, resultando no subsistema público (SP). Essa reciclagem do MMAP tem sido denominada de “projeto neoliberal” (MENDES, 1993). Segundo o autor, o SP abrangeria 120 milhões de brasileiros (equivalendo à população integrada ao SUS), o SAMS cobriria aproximadamente 31 milhões e o SAT 3 a 4,5 milhões, dos quais 30% pertencentes ao SUS. Conseqüentemente, a atual organização dos serviços de saúde no Brasil é formada pelo SUS (destinado a cerca de 80% da população) e pelo “não-SUS” (assistência médica supletiva — seguro-saúde e planos de saúde, parte do SAT e a medicina liberal) (TEIXEIRA e PAIM, 1994).

FUNDAMENTOS JURÍDICOS E NORMATIVOS DA DESCENTRALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) “é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988” (BRASIL, 1990). É considerado *único* porque deve seguir “a mesma **doutrina** e os mesmos **princípios organizativos** em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal” (BRASIL, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os princípios doutrinários destacam-se os seguintes:

“Universalidade - é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, **a todo e qualquer cidadão**. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito ao acesso a **todos** os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito da cidadania e dever do governo: municipal, estadual e federal.

Eqüidade - é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Integralidade - é o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
- o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a sua saúde” (BRASIL, 1990).

Entre os princípios organizativos, ressaltam-se a regionalização, a hierarquização, a descentralização, a participação dos cidadãos e o caráter complementar do setor privado. Portanto, a descentralização, no caso brasileiro, encontra-se fundamentada nos seguintes dispositivos jurídico-normativos:

- Capítulo Saúde da Constituição (descentralização como diretriz);

- Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90 (CONASEMS, 1990);
- Documento de Política de Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril de 1993 (BRASIL, 1993a);
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/93), através da Portaria nº 545, de 20/5/93 (BRASIL, 1993b).

Enquanto diretriz para a organização do SUS, a descentralização está inscrita na Constituição da República Federativa do Brasil e explicitada na legislação infraconstitucional já mencionada. Assim, além das atribuições comuns à União, aos estados e ao Distrito Federal, compete à direção municipal do SUS:

“I - planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde, e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços de:

- a) vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) alimentação e nutrição;
- d) saneamento básico; e
- e) saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta lei (critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial), celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (art. 18)” (CONASEMS, 1990).

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, a lei estabelece a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

“I - perfil demográfico da região;

- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (art. 35)” (CONASEMS, 1990).

O parágrafo 1º desse artigo estabelece que “metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio”. Uma nova Lei (nº 8.142/90), resultante de um paciente processo de negociação, especificou que enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, será utilizado exclusivamente o critério populacional para o repasse de recursos (CONASEMS, 1990).

Enquanto o Congresso Nacional aprovava essa lei, dispondo sobre as transferências financeiras intragovernamentais, e o Presidente da República a sancionava em 28 de dezembro do mesmo ano, o presidente de uma autarquia (INAMPS), publicava, em janeiro de 1991, a NOB 01/91, regulamentando os repasses de recursos para estados e municípios de forma completamente contrária ao que estabelecia a legislação (PAIM, 1992).

Não foi por caso que a IX CNS, tendo como tema central “Municipalização é o Caminho”, resumiu as suas conclusões na exortação “cumpra-se a lei” (CNS, 1993). Do mesmo modo, o documento em que o Ministério da Saúde definiu a política de descentralização das ações e serviços de saúde recebeu como subtítulo “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (BRASIL, 1993a). Em abril de 1993 houve a aprovação dessa política pelo Conselho Nacional de Saúde e em maio foi publicada a Norma Operacional Básica (BRASIL, 1993b).

Reconhecendo-se a heterogeneidade dos milhares de municípios brasileiros, o texto legal acima referido vem sendo considerado como imagem-objeto para as políticas descentralizantes (PAIM, 1992). Portanto, outros instrumentos normativos, como portarias e normas operacionais básicas, têm sido acionados para detalhar as etapas ou requisitos para o alcance dos distintos estágios de descentralização das ações e serviços de saúde para estados e municípios. Na realidade, muitos desses dispositivos se fazem necessários para contornar resistências políticas e burocráticas contra a efetiva descentralização, apesar do arcabouço legal disponível.

Assim, a Norma Operacional Básica de 1993 instituiu diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena) para permitir a transição de uma situação em que os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização plena prevista pela legislação em vigor (CUNHA, 1994). Esta norma, embora avançasse no sentido da descentralização, permaneceu ainda distante do que dispõe a legislação.

Não obstante esse arcabouço jurídico-normativo, pode-se identificar, atualmente, pelo menos quatro concepções vigentes sobre o SUS: a) o “**SUS democrático**”, desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira; b) o “**SUS legal**”, juridicamente estabelecido pela Constituição Federal, pelas constituições estaduais, leis orgânicas municipais, Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, decretos, portarias, resoluções, etc.; c) o

“SUS real”, refém dos desígnios da chamada “área econômica”, do clientelismo e da inércia burocrática que, a cada momento, amplia os espaços do mercado para o seguro-saúde e os chamados “planos de saúde”; d) o “SUS para pobres”, centrado numa medicina simplificada para gente simples mediante “focalização”, tal como recomendam certos organismos internacionais, para mitigar os efeitos perversos das políticas de ajuste macroeconômico.

A DESCENTRALIZAÇÃO E A MUDANÇA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil tem assumido distintas configurações, seja pela via da municipalização, seja pela via da distritalização. A *municipalização da saúde*, definida na introdução deste texto, implica a desconcentração de serviços e descentralização da gestão. Já a *distritalização* representa um processo político-organizativo de reorientação do sistema de saúde, com ênfase no nível local, capaz de facilitar a implantação e desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos como base para a construção do SUS (PAIM, 1993b).

A concepção de *distritos sanitários* no Brasil aproxima-se da noção de sistemas locais de saúde (SILOS), porém enfatiza a necessidade de mudança do modelo de atenção a partir da reorganização das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais, considerando as suas dimensões econômica, política e ideológica (PAIM, 1993a). Essa reorganização implica a redefinição do seu objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações e da sua cultura. Assim, a microlocalização dos problemas de saúde, a intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações acerca do território-processo, mediante “oficinas de territorialização”, representam dimensões técnicas do modelo assistencial reconhecido como “Vigilância à Saúde” visando à integralidade, intersetorialidade, efetividade e equidade (MENDES, 1993).

Os distritos sanitários, a exemplo dos SILOS (OPS, 1990; PAGANINI, 1990), contemplam uma população definida, um território-processo, uma rede de serviços de saúde que não se esgota na atenção primária, os equipamentos comunitários dispostos na área, a integralidade, a intersetorialidade, a participação da comunidade e o impacto. Rejeitam, porém, uma concepção meramente topográfica e organizacional-gerencial (MENDES, 1990), bem como a descontextualização e a anistoricidade que têm caracterizado a proposta SILOS (PAIM, 1993).

Já a *municipalização de saúde* pode significar um processo de transformação a envolver os seguintes aspectos:

- a) redistribuição do poder;
- b) redefinição dos papéis das três esferas de governo;
- c) reorganização institucional;
- d) reformulação de práticas;
- e) novas relações entre as três esferas de governo;
- f) controle social.

Apesar de a municipalização da saúde se apresentar como “expressão consensualizada” (MENDES, 1992), esse autor identificou pelo menos três formas distintas de “municipalização”, tal como se pode verificar no quadro adaptado abaixo:

GESTÃO MODELO		
ASSISTENCIAL	SEM TRANSFERÊNCIA	COM TRANSFERÊNCIA
SEM MUDANÇA	prestação de serviços	“inampização”
COM MUDANÇA	---	distritalização

fonte: MENDES (1992)

A forma denominada prestação de serviços é a mais comum e se caracteriza pelo repasse de recursos financeiros através de convênios em função de critérios normativos centrais. Teve início com as AIS, ampliou-se com o SUDS e tem-se consolidado com o SUS. O município é visto, nessa forma, como um mero prestador de serviços, seja à previdência social (quando existia o INAMPS), seja ao SUS (após a extinção do INAMPS). Segundo o autor,

“as incertezas provocadas pelas transferências negociadas de recursos, a instabilidade do pacto convenial, as diferenças salariais vigentes entre os três níveis federativos, a indefinição de mecanismos administrativos heterodoxos que regulem a cessão e a gerência de recursos humanos, físicos e financeiros municipalizados, a desorganização das unidades federais e estaduais, somadas às persistências e resistências de interesses clientelísticos e corporativos, permitem caracterizar a municipalização-prestação de serviços como uma transferência de problemas da União e estados para os municípios” (MENDES, 1992).

É o que se denominou em outra oportunidade “municipalização presente-de-grego” (PAIM, 1991).

A forma chamada de “inampização” (termo derivado da sigla INAMPS) é, segundo o citado autor,

“identificada com essa fênix permanentemente ressuscitada das cinzas, que através da administração paramétrica da atenção médica e da liturgia do controle e avaliação, ao longo do tempo, vem exercitando um papel, adrede planejado, de intermediação de relações clientelísticas e cartoriais entre Estado e sociedade, até se transformar, no campo da saúde, num dos nichos mais nítidos de apropriação privada da *res publica*, fenômeno conhecido como privatização do Estado” (MENDES, 1992).

Finalmente, a forma indicada como distritalização supõe a gestão transferida ao município com mudança no modelo assistencial (MENDES, 1992). No Brasil já existem experiências e reflexões acumuladas acerca da distritalização (MORAES e KALIL, 1993; TEIXEIRA e MELO, 1995) de modo a permitir que a descentralização da saúde tenha outros destinos que não a simples desconcentração de recursos ou a mera prestação de serviços por parte dos municípios. Assim, a distritalização tem sido vista como a tática fundamental da estratégia de reorientação de sistemas de saúde, via

descentralização. Conseqüentemente, o teste de modelos de atenção, epidemiologicamente orientados, tais como a oferta organizada de serviços (TEIXEIRA e PAIM, 1990), a ação programática em saúde (SCHRAIBER, 1990) e a vigilância à saúde (MENDES, 1993; PAIM, 1993) integra esse esforço de reorientação do sistema de saúde.

Na época em que foi escrito o artigo, o referido autor não concebia a mudança de modelo assistencial sem transferência de gestão. No entanto, houve situações, como no caso da Bahia, cuja Secretaria Estadual de Saúde implantou distritos sanitários a partir de 1987, antes mesmo de dar início ao processo de municipalização (BRASIL, 1990; TEIXEIRA *et al.*, 1993). Atualmente, existem também programas especiais originários do Ministério da Saúde que, a despeito de considerarem a municipalização nas suas diretrizes (BRASIL, s/d) permitem na prática o controle de recursos e da gestão pelo âmbito estadual. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (BRASIL, s/d); poderiam ilustrar, atualmente, situações em que haveria mudança no modelo assistencial mas sem transferência efetiva da gestão. Assim, mantidos o seu caráter de programa especial e a gestão verticalizada, através de coordenações nacional, estadual e municipal, tais iniciativas se afastariam da municipalização. Na medida em que venham a se aproximar do processo de distritalização, poderão representar uma forma avançada de municipalização posto que incidiria em transferência de gestão e na mudança do modelo assistencial, tal como sugerem certas proposições do Plano Plurianual de Governo — 1996/1999 (BRASIL, s/d).

Nessa perspectiva, o entendimento da descentralização como componente de processos de democratização e de Reforma do Estado permite assumi-la enquanto estratégia para a redefinição das práticas de saúde, em função do perfil epidemiológico da população de cada território e das necessidades e ideais de saúde de cada comunidade. Nesse particular, a análise da situação de saúde, de forma cada vez mais desagregada, e a organização de distritos sanitários ou SILOS fornecem os mecanismos básicos para orientar a mudança dos modelos assistenciais.

Recentemente, um evento de significativa importância foi realizado no Nordeste do Brasil, gerando a *Carta de Fortaleza*. Esse documento reconheceu as conferências de Alma-Ata, em 1978, Ottawa, em 1986 e Bogotá, em 1992, como “marcos referenciais do conceito de saúde para todos como direito fundamental do ser humano”, considerou as experiências em curso e explicitou a seguinte posição:

“A crise do financiamento do modelo de saúde centrado na doença exige o estabelecimento de novas estratégias que recuperem o paradigma da saúde centrado na qualidade de vida e desenvolvimento global das comunidades com participação dos cidadãos.

Apesar das grandes diferenças entre os países do continente americano, é possível vislumbrar metas comuns que valorizem a importância das ações intersetoriais e de promoção da saúde, ao mesmo tempo que seguir buscando formas autônomas e criativas para a atenção integral à saúde.

(...) O exemplo brasileiro neste campo demonstra que é possível a construção de um novo paradigma em saúde em nível municipal a partir de um processo integrado, participativo e criativo que dependa fundamentalmente da decisão política das autoridades locais” (CARTA, 1995).

A *Carta* propôs o fortalecimento dos governos locais, favorecendo a descentralização político-administrativa e assegurando os recursos financeiros correspondentes, além de um resgate do paradigma da saúde, através do seguinte modo:

“(...) desenvolvendo novas ações centradas no conceito social de saúde com intersetorialidade e participação dos cidadãos (...); facilitando novos modelos integrais, solidários, eqüitativos, sustentáveis e eficientes (...); respeitando as diferenças culturais e os potenciais criativos das comunidades (...); favorecendo mecanismos de cooperação técnica horizontalizada entre as experiências municipais e locais” (CARTA, 1995).

Os participantes do evento recomendaram ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) assumir, temporariamente, uma Secretaria Executiva para dar continuidade aos conteúdos da *Carta de Fortaleza*, e concordaram em “apoiar políticas locais que privilegiem as ações intersetoriais de promoção da saúde [e] formular indicadores de condições de vida tanto qualitativos quanto quantitativos que permitam avaliar o impacto das ações de saúde” (CARTA, 1995).

Existe a possibilidade de que essa concepção seja debatida durante a X Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada no final do corrente ano e que tem como tema central “Construindo modelos de atenção para a qualidade de vida”. Conseqüentemente, a renovação da SPT-2000, pautada pelos princípios de eqüidade, sustentabilidade e solidariedade, e a proposição de modelos assistenciais coerentes com tais princípios e, simultaneamente, passíveis de concretizar a integralidade da atenção com impacto epidemiológico, representam propostas convergentes para repensar a saúde na passagem do milênio.

PERSPECTIVAS PARA O SÉCULO XXI

O cenário de uma visão de saúde para o Brasil nos próximos 15 a 20 anos reveste-se de grandes dificuldades face às transformações econômicas do mundo atual, que redefinem a própria autonomia dos Estados nacionais. No entanto, o dinamismo da sociedade brasileira permite vislumbrar certas iniciativas que, através da cultura e da política, favoreçam a defesa dos direitos da cidadania e a incorporação de valores radicados na solidariedade e na eqüidade.

Considerando esses elementos do macroambiente, é possível cogitar de um esquema preliminar dispondo cenários possíveis, nos quais se possa examinar a viabilidade do avanço das políticas de descentralização no contexto nacional no futuro. Para tanto, caberia refletir sobre os elementos mais importantes do setor saúde que influem nessas políticas. Nesse sentido, seria mais apropriado pensar em pelo menos três cenários distintos e os seus principais componentes.

O *cenário 1* consistiria na hegemonia da tendência representada pelas políticas de ajuste propugnadas pelos organismos internacionais, particularmente o Banco Mundial. Nesse caso, a assistência à saúde seria assegurada pelo mercado mediante negociação entre provedores e prestadores de serviços, com base no pagamento de usuários e de empresas. Haveria uma expansão da assistência médica supletiva minimamente regulada, sobretudo através do seguro-saúde e dos planos de pré-pagamento (*Health Maintenance*

Organizations), cabendo ao Estado uma ação complementar através de uma cesta básica de serviços para os pobres, privilegiando intervenções focais de baixo custo e de alta efetividade (**SUS para pobres**). Esse cenário seria decorrente de uma profunda revisão da Constituição e da legislação vigente ou da sua subversão.

O *cenário 2* seria representado pela consolidação do SUS e pelo respeito à Constituição e à Lei Orgânica da Saúde (**SUS formal**). A garantia de fontes estáveis de financiamento com descentralização plena de ações e serviços de saúde, a partir de modelos de atenção voltados para a efetividade, equidade e para a qualidade de vida com sustentabilidade, identificaria parcialmente tal cenário com a imagem-objetivo do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (**SUS democrático**). Os serviços privados contratados, submetidos ao controle público, atuariam em função das necessidades de saúde da população como se públicos fossem. Os provedores e prestadores “não-SUS” voltados para os usuários que optassem por seus serviços seriam regulados pelo Estado através do SUS.

O *cenário 3* corresponderia ao prolongamento da crise atual, quando a indefinição é a regra. Ter-se-ia um arcabouço legal fictício diante da instabilidade de financiamento e uma gestão do SUS dependente da orientação político-ideológica e partidária dos seus eventuais dirigentes (**SUS real**). Os provedores e prestadores “não-SUS” não seriam regulados pelo SUS e manteriam as vantagens dos subsídios indiretos decorrentes da renúncia fiscal do Estado. Preservar-se-ia a dicotomia entre a assistência médico-hospitalar e a saúde pública, esta confinada às campanhas sanitárias e aos serviços de vigilância epidemiológica e programas especiais. Entretanto, persistiria a luta pela hegemonia entre o modelo médico-assistencial privatista reciclado e os projetos de reforma do setor voltados para o alcance da saúde para todos com equidade, solidariedade e sustentabilidade.

Portanto, ao se pensar a renovação da política de “Saúde Para Todos no Ano 2000” (RSPT-2000), tal como propõe o documento básico da OMS (WHO, 1995b), há que superar a sensação inicial de deparar-se com uma formulação ingênua face à configuração atual de poder no mundo, nas organizações internacionais e no setor saúde em particular. A leitura dos documentos preliminares da OMS e da OPS referentes à RSPT-2000 ainda não permite identificar, com precisão, em que consiste a renovação proposta. Quais os paradigmas e conceitos que informariam tal renovação? Ênfase na “nova estratégia” de promoção da saúde (Ottawa), na ação intersetorial, nos valores de equidade, solidariedade e sustentabilidade? Seria renovação, reiteração, ajuste ou, meramente, a incorporação de outros componentes — eficácia técnica e social, justiça redistributiva, integralidade (OPS, 1995), para um *slogan* desgastado?

No que se refere às tendências do estado de saúde, há uma omissão quanto à violência e, particularmente, aos homicídios, intervenções legais e guerras. Entre as causas externas mencionadas (WHO, 1995b), destacam-se os acidentes de trabalho, “desastres tecnológicos” e acidentes de tráfego. Entretanto, paralelamente ao fim da guerra fria e à desestruturação dos países do Leste Europeu, elevaram-se os conflitos entre as etnias, com perdas de milhares de vidas humanas. Na América Latina, verifica-se uma epidemia de mortes por causas externas a partir da década de oitenta, com ênfase nos homicídios, particularmente em adolescentes de 15 a 19 anos (YUNES,

1994). Coincide, portanto, com a recessão, com a adoção de políticas de ajuste e de exclusão, com a deterioração dos serviços públicos de saúde e com a expansão do narcotráfico. Daí a preocupação da OPS com esse problema, resultando na *Declaração da Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde* (OPS, 1995). Portanto, não é mais possível ignorar nem subestimar esse sério problema de saúde, expresso não só em taxas de mortalidade e morbidade, mas também pelo comprometimento do bem-estar individual e coletivo diante do risco, da ameaça, do medo e da omissão ou ação desastrosa do Estado.

Novos desafios se apresentam para os países latino-americanos. Em vez de investirem num novo apostolado ou adotar um jargão renovado, caberia apreender os elementos de análise e informações suficientes para analisar o potencial político-estratégico da RSPT-2000. Conforme adverte a OPS, “a fim de aumentar a viabilidade política da renovação da saúde para todos, esta deveria ser menos prescritiva e mais estratégica, incorporando o *desenvolvimento humano sustentável* como novo paradigma da saúde” (OPS, 1995).

Mesmo considerando-se os limites ou eventuais equívocos dessa proposta, deve-se considerar algumas das suas possibilidades.

Em primeiro lugar, cabe reconhecer a importância da RSPT-2000 enquanto *movimento ideológico* capaz de mobilizar sujeitos sociais para a inovação/renovação das práticas de saúde. O conhecimento sobre a estrutura de poder no setor saúde em distintas formações sociais e, especialmente, sobre as relações entre a saúde e os componentes fundamentais da sociedade (econômicos, políticos e ideológicos), permite questionar tal proposta enquanto um *movimento político* capaz de incidir na redistribuição de poder entre os países e, no caso particular, entre as instituições e empresas que detêm interesses no campo da saúde. Isto não significa que essa alternativa não se constitua em um dos possíveis históricos capazes de inspirar uma visão consentânea com o cenário 2. A partir de uma existência virtual, inscrita nas potencialidades de homens e mulheres fazerem história diante das circunstâncias, tais cenários necessitam de análises concretas sobre a situação de saúde do país, à luz das relações internacionais, sobre a governabilidade e sobre a capacidade de governo para transformar intenção em gesto, ou seja, construir viabilidade para ter existência real.

Em segundo lugar, cumpre ressaltar que “a pobreza permanece o maior desafio para a saúde para todos” (WHO, 1995a). A globalização econômica em curso parece aumentar e aprofundar as desigualdades e a exclusão. Massas humanas tendem a se tornar supérfluas para a “nova ordem mundial”. Valores morais, éticos e religiosos, ainda presentes no processo civilizatório, talvez possam redefinir a sua expansão apoiando uma ação política transnacional alternativa.

Nessa perspectiva, apostar em concepções, ainda que ambíguas, de equidade, sustentabilidade e solidariedade, tais como apresentadas na RSPT-2000, significa gerar contravalores que reduzam os efeitos mais perversos e nefastos da globalização econômica, ao tempo em que possibilitem legitimar forças político-sociais capazes de formular, no interior de cada país, projetos contra-hegemônicos por uma **nova ordem social**.

No caso brasileiro, a segunda metade da década de noventa mantém alguns impasses para as políticas de saúde descentralizantes e democratizantes, podendo ser mencionados os seguintes:

- a) instabilidade do financiamento do SUS;
- b) tendência à capitalização e à privatização da saúde;
- c) ambigüidade dos textos legais;
- d) estreita base de sustentação política da Reforma Sanitária;
- e) hegemonia do modelo médico-assistencial privatista *reciclado*;
- f) clientelismo e burocratismo na administração pública.

Entretanto, é possível visualizar algumas perspectivas que apontem para a descentralização e a democratização da saúde, a saber:

- a) reforma do Estado (no sentido de torná-lo efetivamente público);
- b) controle público dos aparelhos do Estado e da burocracia;
- c) difusão da “cultura da qualidade”;
- d) correção dos desvios corporativistas dos movimentos dos servidores públicos;
- e) reorientação política de entidades de profissionais e da sociedade civil;
- f) identificação de lideranças e autoridades municipais como *atores sociais*, isto é, agentes do processo político da saúde.

Evidentemente que os elementos acima citados representam alguns possíveis históricos que podem apontar para o avanço da descentralização. Entretanto, há que se considerar uma possível organicidade da descentralização com o neoliberalismo (“desresponsabilização” do Estado em relação à saúde, evitando os gastos e desgastes federais com o setor) e com formas atrasadas de controle e domínio político (clientelismo e favoritismo), apontando para o cenário 3. Nesse sentido, não há como confundir descentralização com democratização, uma vez que o poder local não é intrinsecamente mais democrático (PAIM, 1991). A descentralização conservadora que às vezes se confunde com “focalização” representa um projeto que disputa espaço político no Brasil, no sentido de influenciar as políticas dos governos com vistas ao cenário 1. Trata-se de um projeto que descaracteriza o SUS, banaliza a Reforma Sanitária, desfigura os serviços públicos, expande a mercantilização da saúde e favorece as políticas de ajuste.

Na medida em que a descentralização, através da distritalização, avance para o plano onde se realizam as práticas de saúde, pode transformar em *sujeitos* o objeto dessas práticas (indivíduos, grupos sociais, coletividades, etc.). A ampliação do controle público e dos sujeitos sobre as práticas de saúde, a instauração de uma nova ética entre os agentes e os cidadãos, bem como o reconhecimento da subjetividade e dos valores inseridos nesse trabalho, podem conduzir a descentralização para uma democratização substantiva da vida social, tal como proposto pela Reforma Sanitária brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, A. Reforma sanitária brasileira. *Projeto Radis*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Plano de Ação da Ministério da Saúde - 1995/1999*. s/ed, s/d. 157 p.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde*. Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987. 12 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília, 1993a. 67 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS - 01/1993. *Inf. Epid. SUS*. Brasília, número especial, p. 49-73, julho de 1993b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Plurianual de Governo - 1996/1999*. s/ed, s/d. 92 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. s/ed, s/d. 12 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. s/ed, s/d. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/SESUS. *Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1990. 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS. Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990. 20p.
- CARTA de Fortaleza. Fortaleza, 14 de outubro de 1995 (mimeo).
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, Brasília, *Anais...*, Brasília, 1975. 399 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, *Anais...*, Brasília, 1977. 528 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, *Anais...*, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1980. 280 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, Brasília, 1986. *Anais...* Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-9.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, Brasília, 1992. *Relatório Final*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993, p. 30-2.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Sistema Único de Saúde (Constituição Federal - Seção II; Lei Orgânica da Saúde n. 8.080; Lei n. 8.142; Decreto n. 99.438; Carta de Fortaleza)*. *Publicações Técnicas*, n. 2, 1990. 28 p.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial/ABRASCO, 1991. 184 p.
- CORDONI JR. L. Medicina Comunitária: O conceito se materializa... *Espaço para a Saúde/NESCO*. Curitiba, ano 1, n. 0, p. 11-12, s/d.
- CUNHA, R.E. de Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde.

- Departamento de Desenvolvimento Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. *Manual "Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município"*. 1 ed., Brasília, 1994. 52 p.
- FADUL, W. Minha política nacional de saúde. *Saúde em Debate*, v. 7, n. 6, p. 66-76, 1978.
- FONSECA, A. de S. A reorientação da assistência à saúde na Previdência Social. *A Saúde no Brasil*, v. 1, n. 2, p. 116-117, 1983.
- GOULART, F.A. de A. *Municipalização: Veredas (Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil)*. S/l, CONASENS, 1995. 23 p.
- MENDES, E.V. (org.). A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. Brasília, OPAS/OMS, 1993. 104 p. (*Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, 10).
- MENDES, E.V. Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI, J.M. e CAPOTE MIR, R. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias. *Publicación Científica*, Washington, n. 519, p. 21-27, 1990.
- MENDES, E.V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social. Notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Comissão Permanente de Serviços de Enfermagem. *Descentralização em saúde e a prática da enfermagem* (Documento III), Brasília, 1992, p. 6-16.
- MORAES, I.H.S de; KALIL, M.E.X. *Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*. *Bibliografia Comentada da Produção Brasileira*. Escola Nacional de Saúde Pública (PARES)/ Cooperação Italiana. Rio de Janeiro/Salvador, 1993. 361 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Noveno Programa General de Trabajo para el periodo 1996-2001*. Genebra, 1994. 61 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/UNICEF). *Alma-Ata, 1978. Cuidados Primários de Saúde*. Brasília, 1979. 64 p. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). Declaração da Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde. Washington D.C., 17 novembro 1994). In: *Boletim ABRASCO*, jan.-mai. 1995, p. 2.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. (Documento CD33/14, Resolución XV — XXXIII del Comité Directivo. Washington, D.C., 30 de setembro 1988). In: PAGANINI, J.M. e CAPOTE MIR, R. *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias*. Publicación Científica, n. 519, Washington, D.C., 1990, p. 5-20.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). *Orientações Estratégicas e Programáticas: 1995-1998*. Washington, D.C., OPS, 1995. 54 p. (Documento Oficial, 269).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: Un debate, múltiples perspectivas*. Washington, D.C., 1993. 277 p. (*Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, 98).

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS/OMS). *Plan Decenal de Salud para las Americas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, 1973. 111 p. (Documento Oficial, 118).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS/OMS). *Renovación de Salud para Todos*. Documento de Apoyo a las Discusiones. s/ed, 1995 (*draft*). 27 p.
- PAGANINI, J.M. Sistemas locais de salud. Un nuevo modelo de atención. In: PAGANINI, J.M. e CAPOTE MIR, R. *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias*, Washington, 1990, p. 50-56 (Publicación Científica, 519).
- PAIM, J.S. A crise do planejamento autoritário em Saúde. *Rev. Assoc. Psiq. da Bahia*, n. 4, p. 56-61, 1981.
- PAIM, J.S. A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia. *Saúde em Debate*, n. 21, p. 34-44, jun. 1988.
- PAIM, J.S. A dupla face da proposta “Saúde para Todos”. *Indicadores Sociais*. Salvador, n. 6, p. 33-46, 1982.
- PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e a Municipalização. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29 - 48, 1992.
- PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. (org.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, p. 455-466, 1993b.
- PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993a, p. 187-220.
- PAIM, J.S. Ações Integradas de Saúde (AIS): porque não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, abr/jun 1986.
- PAIM, J.S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 15/16, p. 8-15, 1984.
- PAIM, J.S. *Direito a saúde, cidadania e Estado*. Conferência Nacional de Saúde, 8. *Anais...* Brasília, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 45-59.
- PAIM, J.S. La salud colectiva y los desafios de la practica. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C., 1992, p. 151-67 (Publicación Científica, 540).
- PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 1, p. 9-12, out/dez 1976.
- PAIM, J.S. Nascimento e Paixão de uma Política de Saúde. *Saúde em Debate*, n. 27, p. 5-11, 1989.
- PAIM, J.S. O que é Reforma Sanitária? *Rev. Baiana Saúde Públ.*, v. 14, n. 2/4, p. 232-43, abr./dez. 1987.

- PAIM, J.S. Quando a municipalização não é o caminho. *Tema/Radis*. Rio de Janeiro, n. 12, p. 27-28, nov. 1991.
- PAIM, J.S. *Saúde, Crises, Reformas*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 250 p.
- PINTO, V.G. Serviços básicos de saúde: a experiência do PIASS. *A Saúde no Brasil*, v. 1, n. 2, p. 74-80, 1983.
- SCHRAIBER, L.B. (org.). *Programação em saúde, hoje*. HUCITEC, São Paulo, 1990. 226 p.
- SILVA, L.M.V. da. *A descentralização das ações de saúde no município: o caso de Camaçari*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989. 239 p.
- TEIXEIRA, C. F. ; PAIM, J. S. ARAUJO, E. C. ; FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C. O contexto Político — Administrativo da Implantação dos Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 79-93, 1993.
- TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*, n. 33, p. 27-32, 1991.
- TEIXEIRA, C.F. e MELO, C. (orgs.). *Construindo distritos sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. HUCITEC/COOPERAÇÃO ITALIANA EM SAÚDE, São Paulo/Salvador, 1995. 107 p.
- TEIXEIRA, C.F. e PAIM, J.S. Problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: SILVA, L.V. da (org.) *Saúde Coletiva: Textos Didáticos*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, p. 19-34, 1994.
- TEIXEIRA, M. da G.L.C. e PAIM, J.S. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-277, jul/set 1990.
- TEIXEIRA, S.F. (org.). *Projeto Montes Claros. A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995. 262p.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Artes médicas/ABRASCO, 1992. 226p.
- VIEIRA, C. A relevância da atenção primária à saúde para o caso brasileiro. *A Saúde no Brasil*, v. 1, n. 2, p. 108-115, 1983.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *New Public Health and WHO's Ninth General Programme of Work*. A Discussion Paper. Genebra, 1995b. 48p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Renewing the Health-for-All Strategy. Elaboration of a policy for equity, solidarity and health*. Genebra, 1995a. 37p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Renovación de la estrategia de salud para todos. Informe del Director General sobre los progresos realizados*. Genebra, A49/12, 4 de março de 1996. 6p.
- YUNES, J.; RAJS, D. Tendência da mortalidade por causas violentas na população em geral e entre os adolescentes e jovens da Região das Américas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 10 (supl. 1), p. 88-125, 1994.



Você pode até não perceber,



mas este é um país cor-de-rosa.



Leite de Rosas. É único.

Matriz: Rio de Janeiro, Rua Ana Néri, 321.
Tel: (021) 569-5122

Filiais: Recife, Rua Frei Caneca, 59 sala 603.
Tel: (081) 224-3923 – São Paulo, Rua Salete,
200 sala 52. Tel: (011) 6950-7269



ENVIO DE ARTIGOS, VENDAS E PERMUTAS

SÉRIE: ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ
RUA SÃO FRANCISCO XAVIER, 524 - 7º ANDAR - BL. D
MARACANÃ - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 20.559-900
TEL.: (021) 587-7303 / 587-7572 / 284-8249
FAX.: (021) 264-1142
E-MAIL: SERIEIMS@UERJ.BR

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
GRÁFICA DA UERJ

SÉRIE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS

1. APRESENTAÇÃO DE TEXTOS

Os textos, quando entregues ao Depto. de Publicações do Instituto de Medicina Social da UERJ, devem atender às seguintes exigências:

- 1.1. estar escritos na língua portuguesa e tratar de temas ligados, preferencialmente, à saúde e políticas públicas e sociais;
- 1.2. ser apresentados em disquetes 3½, acompanhados de 3 (três) cópias em papel, tendo sido digitados em *Word for Windows*;
- 1.3. constar de no mínimo 20 e no máximo 70 laudas (30 linhas com 70 toques por linha); casos excepcionais serão julgados pela Editoria da Série;
- 1.4. estar acompanhados de sumário e de resumos em português e em inglês, com 100 a 200 palavras cada, e apresentarem um mínimo de três palavras-chave descritoras do conteúdo, também em português e em inglês;
- 1.5. estar acompanhados de apresentação dos autores (qualificação profissional e vínculos institucionais);
- 1.6. as NOTAS deverão ser apresentadas no pé das páginas e as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS deverão ser apresentadas ao final do artigo, em páginas específicas destinadas a este fim;
- 1.7. as NOTAS deverão ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos;
- 1.8. os GRÁFICOS e TABELAS deverão ser numerados consecutivamente, em algarismos romanos;
- 1.9. poderão ser feitas citações no texto, somente indicando o último sobrenome do autor citado, o ano de publicação e página (quando for o caso), entre parênteses. Ex.: (Litton, 1983, p.75);
- 1.10. as REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação das obras, de acordo com as normas da ABNT. Exemplos:

Para livros

DIAS, Gonçalves. *Gonçalves Dias: poesia*. Organizada por Manuel Bandeira; revisão crítica por Maximiano de Carvalho e Silva. 11 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1983. 87 p. (Nossos Clássicos, 18)

Para artigos

MOURA, Alexandrina Sobreira de. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência e Trópico*, Recife, v. 11, n.1, p. 71-78, jan./jun. 1983.

Para capítulos de livros

LAYTON, E. Conditions of technological development. In: SPIEGEL, Ina, PRICE, Derek de Solla. *Science technology and society; a cross-disciplinary perspective*. California, Sage, 1977. p. 197-222.

Para trabalhos publicados em Anais

CORDEIRO, Rosa Inês de N. Descrição e representação de fotografias de cenas e fotogramas de filmes: um esquema de indexação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO, 16. 1991. *Anais...* Salvador: APBEB, 1991. v. 2, p. 1008-1022.

2. INDICAÇÃO E PARECER EDITORIAL

- 2.1. os textos, quando de autoria de alunos, deverão estar acompanhados de indicação para publicação, por escrito, emitida por professor do IMS;
- 2.2. todos os textos apresentados para publicação serão submetidos a parecer de pelo menos um membro do Conselho Editorial ou de consultor que a Editoria da Série considere oportuno convidar, de acordo com suas especificidades. A indicação apontada no item 2.1) não exclui a emissão do parecer aqui referido.

3. REVISÃO E AJUSTES DOS TEXTOS

- 3.1. nos casos de aprovação com ressalvas, os textos serão devolvidos aos autores para revisão e alteração, a serem realizadas no prazo máximo de 10 (dez) dias;
- 3.2. após aprovação para publicação, os textos serão submetidos a profissional qualificado para dar procedimento ao copidesque, que deverá ser revisto pelos autores no prazo máximo de 5 (cinco) dias;
- 3.3. os textos alterados ou revisados, devolvidos pelos autores em prazos superiores aos determinados nos itens 3.1 e 3.2, serão publicados de acordo com novo cronograma de produção a ser definido pela Editoria da Série.

4. PRIORIDADE

Será prioritária a publicação de textos de autoria de professores e alunos do Instituto de Medicina Social da UERJ.

5. EXEMPLARES PARA OS AUTORES

Os autores terão direito a 10 (dez) exemplares gratuitos dos números da Série em que constem seus textos.

6. CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão analisados pelo Editor da Série.

Textos Publicados em 1998

160. **VII SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS: MEDICINA TRADICIONAL CHINESA**
Madel T. Luz - coordenadora
161. **RELATÓRIOS DE PESQUISA - REFORMA EM SAÚDE NO BRASIL: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; A EXPERÊNCIA DE COTIA (SP)**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores
162. **RELATÓRIOS DE PESQUISA - REFORMA EM SAÚDE NO BRASIL: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; A EXPERÊNCIA DE BATURITÉ**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores
163. **RELATÓRIOS DE PESQUISA - REFORMA EM SAÚDE NO BRASIL: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; A EXPERÊNCIA DE BARBACENA**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores
164. **RELATÓRIOS DE PESQUISA - REFORMA EM SAÚDE NO BRASIL: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; A EXPERÊNCIA DE COCAL DO SUL**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores
165. **RELATÓRIOS DE PESQUISA - REFORMA EM SAÚDE NO BRASIL: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; A EXPERÊNCIA DE OLINDA E TRINDADE**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores
166. **RELATÓRIOS DE PESQUISA - REFORMA EM SAÚDE NO BRASIL: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; INFORME FINAL**
Ana Luiza D'Ávila Viana e Mario Roberto Dal Poz coordenadores
167. **COMPARAÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DE CORPO, SAÚDE E DOENÇA E TRATAMENTO EM PACIENTES E TERAPEUTAS DE HOMEOPATIA, ACUPUNTURA E BIOMEDICINA**
Madel T. Luz
168. **VII SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS: BIOMEDICINA**
Madel T. Luz - coordenadora
169. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: PARA ALÉM DOS MODELOS, A BUSCA DA COMUNICAÇÃO**
Mônica de Assis
170. **SÉRIE DIDÁTICA - MEDICINA, MÉDICOS, DOENÇAS E TERAPÊUTICA: EXAME CRÍTICO DE ALGUNS CONCEITOS**
Kenneth Rochel de Camargo Jr.
171. **ALGUNS ELEMENTOS TEÓRICOS PARA A ANÁLISE DA REABILITAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA**
Israel Cruz Velândia e Jane Dutra Sayd
172. **DOIS TÓPICOS PARA UMA DISCUSSÃO SOBRE MEDICINA E CIÊNCIA**
Kenneth Rochel de Camargo Jr. e Maria Inês Nogueira
173. **ORIGENS DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA: UMA BREVE RESENHA**
Jane Dutra Sayd
174. **O MEDICAMENTO NA VISÃO DA IMPRENSA ESCRITA**
Marilene C. do Nascimento, Daniela S. Martinez e Madel T. Luz