
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UM CAPÍTULO A PARTE.

*Luiz Carlos Romero**

... é necessário reconhecer que as forças econômicas, sociais e políticas pela construção do SUS permanecem contra-hegemônicas perante aquelas que vêm predominando em nossas políticas públicas de Estado desde 1990, mas com potência para resistir no geral e avançar no pontual ...

Nelson Rodrigues dos Santos (2006)

1. Introdução

Até 1988, a saúde não era reconhecida como um direito público subjetivo, sendo tratada, nos textos constitucionais anteriores, apenas como mais um serviço público (SANTOS; ANDRADE, 2006). Na organização do Estado, a atenção à saúde individual estava organizada com uma lógica distinta daquela com a qual se estruturavam e executavam as ações de saúde coletiva e, assim, instituições diferentes eram responsáveis pelas políticas e ações de saúde coletiva e de atenção individual. Nesse contexto, a assistência médica era entendida como um benefício previdenciário, ao qual tinham direito apenas aqueles trabalhadores que contribuam para a Previdência Social.

O sistema público de saúde de que dispomos hoje – o Sistema Único de Saúde ou SUS – foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e decorre dos seus artigos 6º – que reconhece a saúde como direito social; 196 – que estabelece ser dever do Estado garanti-lo, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; 197 – que declara serem de relevância pública essas ações e serviços, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, execução e fiscalização; e 198 – que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, sob diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

* **Luiz Carlos Romero** é Médico, especialista em Saúde Pública. É Consultor Legislativo do Senado Federal na área de Saúde.

Esse sistema decorre de uma concepção de saúde como um direito fundamental e universal do ser humano e que atribui ao Estado o dever de prover as condições necessárias ao seu pleno exercício. Corresponde a uma visão de mundo que privilegia valores de cidadania e de solidariedade, em contraposição a concepções que valorizam o individualismo e o privado. Exige, para sua realização, que transformações importantes ocorram ao nível cultural, político, jurídico e institucional.

Resultou de um movimento em prol de uma ampla reforma sanitária, iniciado no final da década de 1970, no âmbito do processo de redemocratização do País, que objetivava reverter o quadro de inadequação e perversidade do sistema de saúde vigente, constituído ao longo de quase um século e consolidado no período da ditadura militar.

Inadequado porque não dava conta de atender, por meio de um modelo hospitalocêntrico e privatista, à crescente e diversificada demanda decorrente do agravamento do quadro nosológico que emergia do processo de desenvolvimento nacional. Perverso por deixar a sua margem um número enorme de excluídos.

A construção desse novo sistema de saúde pressupunha, assim, não apenas a adoção de novos paradigmas e de um novo referencial, mas também a construção de um novo arcabouço institucional e de financiamento – por sinal, previstos pela Constituição de 1988 e que consistiram na criação do Sistema de Seguridade Social e do Orçamento da Seguridade Social. No entanto, essa concepção, esse modelo, esse arcabouço institucional e esse esquema de financiamento vêm sendo paulatinamente solapados desde sua instituição pela resistência da própria estrutura do Estado e do setor e, principalmente, pela implementação de um projeto político com objetivos exatamente opostos, quais sejam a restrição do papel do Estado e a expansão do setor empresarial e liberal privado de saúde.

O processo de construção do SUS – que é como é conhecido o movimento de resistência contra-hegemônico às políticas de Estado posteriores a 1988, voltado para a implementação do novo sistema – decorre da resistência e da capacidade de articulação e atuação de parte daquelas forças sociais e políticas que conseguiram insculpir aqueles dispositivos na Constituição Federal.

2. As origens do nosso sistema de saúde

Durante o período colonial, o País conviveu por mais de três séculos com precários serviços de saúde e uma quase absoluta ausência de atuação do Estado nesse campo. Nossas primeiras instituições de saúde foram criadas com a chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro, no início do século XIX, mas tivemos que esperar até o início do século seguinte

para, por um lado, com a introdução e consolidação da medicina científica no País, obter os meios técnicos de intervenção e, por outro, encontrar, na esfera do Estado, interesses para a criação de instâncias permanentes para formulação e execução de políticas e de serviços técnicos de saúde. Só a partir de então passaram a ser criados e transformados, na estrutura do Estado, organismos com essas funções, enquanto se ampliavam em número e diversificação os serviços de saúde, mantidos tanto pelo Estado como pela iniciativa privada.

No campo da assistência médica, uma divisão de responsabilidades se estabeleceu precocemente, já no fim do Império e na Primeira República, com o desenvolvimento de um conjunto de serviços privados, filantrópicos e mutualistas: enquanto o Estado especializava-se na atenção a segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública – os loucos e os portadores de doenças infecto-contagiosas –, as santas casas assumiam o cuidado dos pobres, as comunidades de imigrantes e os sindicatos organizavam suas beneficências, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam pagar (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Nas décadas de 1920 e 1930, em resposta a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, passou a se constituir um sistema previdenciário, caracterizado, inicialmente, pela criação, pelas empresas, das caixas de aposentadoria e pensão para seus empregados, e que incluíam as assistências médica e farmacêutica entre os benefícios oferecidos¹. No entanto, dada a insuficiência de recursos para a instalação e manutenção de redes próprias de serviços de saúde, as caixas passaram, desde cedo, a comprar serviços da iniciativa privada, estimulando o desenvolvimento de um setor empresarial médico.

A partir de 1930, no bojo do processo de centralização política e administrativa do primeiro Governo Vargas e do Estado Novo, as caixas foram unificadas e absorvidas pelos institutos de aposentadoria e pensão (IAP) então criados, sob a forma de organizações públicas autárquicas de abrangência nacional, de cuja administração o Estado passou a participar diretamente.

Enquanto a assistência médica era organizada como um benefício previdenciário, de caráter contratualista, sob a égide do novo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, as ações de saúde pública passaram para a alçada do recém-criado Ministério dos Negócios da

¹ Os quatro direitos/benefícios que teriam os contribuintes dessas caixas eram: em primeiro lugar, os “socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família”; em segundo, os “medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração” e, por fim, a “aposentadoria” e a “pensão para seus herdeiros em caso de morte”. (Art. 9º do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, que cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no País, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados, – conhecido como Lei Elói Chaves).

Educação e Saúde Pública (MESP), sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Essa nova conformação institucional da gestão da saúde, definida já no período do primeiro governo de Getúlio Vargas, teve repercussões que se fizeram sentir até a reforma sanitária dos anos 80. Ao criar dois formatos diferenciados para as instituições e as ações de saúde, instituiu duas formas distintas de políticas para o setor: uma corporativa e outra universalista. Na opinião de Fonseca (2007), “distinguiram-se e impuseram-se conotações diferentes à política de saúde de uma e outra esfera ministerial”. Além disso, a criação de organismos estatais para sua gestão e a profissionalização do setor, que decorreram dessa política, constituíram fatores que seriam responsáveis pela geração de novas forças políticas e novos grupos de interesse, que viriam a ter atuação sobre os desdobramentos políticos do setor nos anos vindouros (FONSECA, 2007).

A partir daí, a área de saúde coletiva se desenvolveu, com a criação de novos organismos estatais de gestão da política e de novos serviços e com a sua profissionalização, ao mesmo tempo em que se reconfiguraram as relações entre as três esferas de governo, adotando-se uma política de saúde centralizadora, definida – e, em grande parte, executada – pelo governo federal. O período caracterizou-se por uma forte expansão dos serviços públicos de saúde em todas as regiões do País, com poder de ampliar a influência da União, por meio do MESP, nas unidades federadas. A criação de um Ministério da Saúde, no entanto, só veio a acontecer em 1953, já no segundo governo Vargas, e, no ano seguinte, uma lei federal estabeleceu “normas gerais sobre defesa e proteção da saúde”². A nova política de saúde que se implementou passou a ter a orientação do movimento que ficou conhecido como “sanitarismo desenvolvimentista”, nascido no contexto da luta pela democratização do País durante o Estado Novo.

No campo da assistência médica, as décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelo aumento do grau de sofisticação tecnológica e pelo desenvolvimento do setor empresarial médico, caracterizado por empresas médicas que souberam aproveitar o novo nicho de mercado criado pelo crescimento das classes médias e trabalhadoras e pela atuação complementar à previdência social. A medicina empresarial com fins lucrativos passa, paulatinamente, a substituir os serviços filantrópicos e beneficentes como principais prestadores de assistência médica para as famílias, para os trabalhadores das empresas que se instalam no País e para a Previdência Social.

² É interessante notar que esta lei (Lei nº 2.313, de 1954) declarava, em seu art. 1º, ser dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde *do indivíduo*.

No final dos anos 50 e início dos anos 60, as questões sanitárias voltaram a compor a pauta de reivindicações dos trabalhadores, dos movimentos sociais e dos partidos de esquerda, de tal forma que uma reforma sanitária passou a fazer parte das reformas de base do governo Goulart³ e foi objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963.

A reforma proposta estava baseada em três diretrizes: a “distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal”; a municipalização dos serviços de saúde; e a “fixação de um Plano Nacional de Saúde”⁴ (Conferência Nacional de Saúde, 1992). Na opinião de Wilson Fadul (*In: Conferência Nacional de Saúde, 1992*), o projeto discutido e aprovado naquela Conferência representava uma “reforma profunda na estrutura sanitária do País e, pela primeira vez, fixou com clareza uma Política Nacional de Saúde capaz de atender às necessidades do nosso povo, a custos suportáveis pela Nação” e deu “o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado”.

O golpe militar de 1964 interrompeu esse processo por vinte anos.

Ao alijar os trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial, o golpe de 1964 criou as condições para a execução de uma política setorial de caráter centralizador e privatizante, cujo primeiro passo consistiu na unificação da previdência: em 1966, os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) como órgão gestor da Previdência Social. Aprofundou-se, a partir de então, o perfil assistencialista da Previdência Social, com prioridade para a assistência médica sobre os benefícios pecuniários (aposentadorias, pensões, auxílios).

Numa época de importante expansão econômica – o denominado Milagre Brasileiro – promoveu-se, como política de governo, um acelerado processo de capitalização do setor empresarial privado de saúde, do qual resultou uma impressionante expansão do número de serviços de assistência médica, especialmente os hospitalares e de maior densidade tecnológica. Esse setor empresarial torna-se o grande fornecedor de serviços de assistência médica para a previdência social⁵.

³ As reformas de base consistiam em um programa de reformas políticas e sociais, de inspiração nacionalista, intentado no governo de João Goulart, que incluía as reformas bancária, fiscal, urbana, agrária e universitária, além de mudanças políticas e institucionais e a implementação de políticas de controle do capital estrangeiro e de nacionalização e controle estatal de setores específicos da economia. Uma proposta de reforma sanitária, em verdade, só veio a ser formulada em 1963, passando a integrar o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, e consistindo em conjunto de reformas graduais e moderadas que resultou do embate de forças políticas atuantes no Congresso Nacional, posterior à reinstauração do sistema presidencialista.

⁴ O Plano Nacional de Saúde proposto incluía um “plano de metas” de controle dos principais agravos à saúde, de redução de mortalidade, de saneamento, de formação de pessoal, de pesquisa, de nutrição e de assistência médica.

⁵ Entre 1960 e 1967, os gastos com assistência médica na Previdência Social cresceram 3,3 vezes; os gastos com assistência hospitalar cresceram nove vezes e os com assistência ambulatorial, 2,1 vezes (ROCHA, 1998).

Novas transformações importantes nesse arcabouço institucional foram feitas em meados da década de 1970: em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde⁶ e, dois anos depois, foi feita uma profunda reestruturação do Ministério da Previdência e Assistência Social, no bojo da qual foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), separando as atividades previdenciárias – sob responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – das de saúde – atribuídas ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) –, que ficou responsável pela prestação de serviços de assistência médica aos trabalhadores urbanos, aos servidores civis da União, das autarquias federais e do Distrito Federal, e aos trabalhadores e empregados rurais.

A instituição do Sinpas e a criação do Inamps reconheceram, de fato, a importância que a assistência médica previdenciária passou a assumir, em função do volume de recursos destinado a ela, e como instrumento de barganha e de legitimidade política (COHN, 2001). A destinação de parcela significativa desses recursos para a compra de serviços de assistência médica à iniciativa privada favoreceu esse setor empresarial, que se capitalizou sem correr os riscos das leis do mercado, na medida em que esse passou a ser garantido pelo Estado.

Confirmando o poder hegemônico e centralizador da Previdência sobre o setor saúde, estabeleceu-se “um definido movimento de desmunicipalização das responsabilidades sociais” (GOULART, 1995). A centralização de recursos no nível federal durante o período autoritário – em especial após a reforma tributária de 1967 – e o crescimento da oferta de serviços de assistência médica pela Previdência Social, durante a década de 1970, tiveram, como consequência, a redução da participação de estados e municípios no investimento, no financiamento e na execução de ações e serviços de saúde.

Estes dois fatos – instituição do Sistema Nacional de Saúde e Reforma da Previdência – consolidaram a existência dos dois sistemas paralelos, a dispersão de recursos, os comandos diferentes e a descoordenação. O modelo – de racionalidade, eficiência e eficácia discutíveis, mesmo para a época – baseava-se no pressuposto de uma “integração programática” que não existia nem existiu (OLIVEIRA, 1977), e transformou a Previdência Social no grande comprador e financiador de serviços médicos da rede privada, com a implementação de um modelo de assistência caracterizado pela tecnificação dos atos médicos, pela ênfase na

⁶ A instituição do Sistema Nacional de Saúde foi discutida na 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1975, e objetivou “compatibilizar” e organizar – ainda que não definisse a coordenação central do Sistema – as ações de saúde cuja responsabilidade se encontrava dispersa por vários órgãos federais (os Ministérios da Saúde, Previdência, Educação, Trabalho e militares, a Presidência da República e outros). Ela reforça o paradigma dominante, mantendo separadas as ações de saúde coletiva – cuja gestão foi atribuída ao Ministério da Saúde – das ações voltadas para a assistência médica individual – geridas pelo Ministério da Previdência.

assistência hospitalar e pelo assalariamento dos profissionais de saúde. As ações de saúde coletiva, por outro lado, foram abandonadas à mingua dos poucos recursos com que era dotado o Ministério da Saúde⁷.

3. O movimento da Reforma Sanitária

No início da década de 1970, o modelo de organização sanitária existente – que separava em estruturas e sistemas distintos e não-coordenados as ações de saúde coletiva e de atenção individual – organizava a atuação do Estado em dois grandes campos institucionais: o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, e o do Ministério da Previdência, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado.

A partir de meados da década de 1970 e, principalmente, durante toda a década de 1980, aproveitando-se do processo de restauração democrática, alternativas de mudanças nesse aparato institucional foram experimentadas no nível federal, enquanto no nível municipal demonstrava-se a viabilidade da implantação de um modelo eficiente de sistema unificado de saúde com direção única.

O processo teve como liderança intelectual e política o autodenominado Movimento Sanitário, composto por um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor, que teve um papel destacado na oposição ao regime militar e na área da saúde (GERSCHMAN, 1995). Contou também – pelo menos nas suas etapas iniciais – com a participação dos movimentos populares em saúde que proliferaram na década de 1970, originados nos bairros pobres das periferias das grandes cidades, organizados em torno da reivindicação de melhores condições de saneamento, assistência médica e transportes.

O Movimento Sanitário representou um pensamento contra-hegemônico, contrapondo-se ao comando político e financeiro do sistema previdenciário, caracterizado pela aliança entre os interesses empresariais privados de saúde e a burocracia estatal. Sara Escorel (1998) identifica suas origens no período mais repressivo do autoritarismo, no final dos anos 60 e início dos 70, no movimento estudantil e no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); na crítica ao movimento preventivista e suas bases filosóficas, pela academia, e nos

⁷ Entre 1968 e 1980, a participação do orçamento do Ministério da Saúde no Orçamento da União não foi nunca superior a 2,5%. Nos primeiros anos da década de 70, o orçamento do Ministério representou em torno de 1% do Orçamento da União (ROCHA, 1998).

programas de medicina comunitária; e o desencadeamento da reforma, na crise financeira da Previdência nos anos iniciais da Nova República.

Aproveitando-se da prioridade concedida ao “campo social” e dos espaços institucionais abertos pelo Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) foram iniciadas, no nível federal, experiências de integração dos sistemas de saúde existentes⁸.

Paralelamente à atuação no nível federal, um conjunto de projetos municipais alternativos passou a colocar em prática as ideias do Movimento Sanitário. A eleição, em 1976, de prefeitos progressistas permitiu que, em Montes Claros, Niterói, Campinas e Londrina, fossem implementadas experiências exitosas de sistemas municipais de saúde, com base no modelo de extensão de cobertura por meio de serviços básicos de saúde. Para tanto, desenvolveram ações baseadas no trabalho de agentes comunitários de saúde; implantaram programas próprios de controle de doenças transmissíveis; testaram a integração docente-assistencial, na busca de integrar os hospitais de ensino a seus sistemas municipalizados de atenção à saúde; institucionalizaram meios para a participação comunitária no planejamento e gestão de serviços e criaram espaços para a discussão e difusão de suas experiências.

Uma proposta de reorganização e articulação das instituições do setor – notadamente das estruturas organizacionais da Previdência Social, do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde –, denominada Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde ou Prev-Saúde, foi proposta pelo governo federal e discutida durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, sendo recebida como um avanço, pelo Movimento Sanitário, e como estatizante e retrógrada, pelos empresários do setor. A atuação orquestrada e

⁸ Essas iniciativas tiveram origem nos Ministérios da Saúde e da Previdência, no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), da Secretaria de Planejamento, e na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Entre essas experiências estão: a implantação, no início da década de 1970, de um Programa Nacional de Controle de Tuberculose com execução descentralizada pelas redes das secretarias de saúde, com acesso universal e gratuito, financiado com recursos da Campanha Nacional contra a Tuberculose e do Inamps; o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, de ampliação de cobertura e melhoria da qualidade dos serviços de saúde do Nordeste, privilegiando o financiamento do setor público e dando prioridade à atenção ambulatorial; o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), objeto de um acordo de cooperação firmado entre os Ministérios da Saúde e da Educação e a OPAS, que, nos anos de 1976 a 1978, tornou possível a experimentação, junto às secretarias de estado da saúde, de novos enfoques e modelos de desenvolvimento de recursos humanos, especialmente quando suas atividades se articularam com as do PIASS; a assinatura de um acordo entre os Ministérios da Educação e da Previdência, ocorrida em 1974, com o objetivo de integrar os hospitais de ensino aos programas de assistência médica da Previdência, que inaugurou, no âmbito da Previdência Social, a modalidade de convênio global; a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), no mesmo ano, com o objetivo de universalizar o atendimento médico, mas que, na verdade, testou um relacionamento novo e diferenciado com o setor público e resultou na expansão dos convênios com esse setor e no pagamento global por procedimento e não por unidade de serviço; e, finalmente, a criação do Plano de Localização de Unidades de Serviço (PLUS), em 1975, que, com a utilização de um instrumental inovador de planejamento, tentou a construção de um modelo alternativo de programação de serviços que teve o mérito de trazer, para dentro do sistema previdenciário, a discussão sobre assistência médica do ponto de vista da saúde pública.

patrocinada pela Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Associação Médica Brasileira acabou por inviabilizar sua implementação.

Dois anos depois, um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – conhecido como Plano Conasp⁹ – instituiu medidas racionalizadoras na organização da assistência médica da Previdência (PAIM, 1985). Entre as medidas adotadas ressaltam-se a prioridade para as ações primárias e a ênfase na assistência ambulatorial; a integração das instituições na busca da construção de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas; a utilização plena da capacidade instalada de serviços públicos com participação complementar da rede privada; a administração descentralizada de recursos; e a simplificação do pagamento de serviços à iniciativa privada, sob controle dos órgãos públicos (criação do sistema AIH).

Esse plano constitui um indicador do progresso do processo de reversão das políticas até então adotadas (ROCHA, 1998), a partir do que, com o avanço do processo de redemocratização, o Movimento Sanitário pode ampliar a ocupação de espaços nas instituições de saúde e, ao mesmo tempo, a abrangência da proposta de reforma do setor.

A maturidade dessa proposta ficou evidente durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, na qual se consagrou uma concepção mais ampla de saúde, entendida como resultante de condições de vida e de trabalho, e o entendimento de que a saúde é um direito humano, a ser garantido pelo Estado. Firmou-se, também, o consenso da necessidade de unificar os sistemas de saúde, com condução única em cada esfera de governo – no caso federal, a coordenação deveria caber ao Ministério da Saúde – com participação da comunidade na sua gestão e fiscalização (Conferência Nacional de Saúde, 1987).

Em verdade, esse consenso foi obtido entre os participantes representantes do setor público, na medida em que, apesar da ampla participação (mais de quatro mil participantes, mil dos quais na qualidade de delegados representativos de quase todas as instituições que atuam no setor), contou com pequena participação da população usuária dos serviços e de movimentos populares – pela primeira vez representados numa Conferência Nacional de Saúde –, ao mesmo tempo em que os representantes da medicina empresarial, preocupados com a expansão e fortalecimento do setor estatal e da progressiva estatização do setor que anteviam – e sentindo que não tinham forças para fazer valer seus interesses no debate –, retiraram-se da Conferência.

⁹ Sigla que identifica o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, criado em 1981 com vistas ao enfrentamento da crise financeira da Previdência, que objetivava racionalizar o uso de recursos e a operação e controle da assistência médica.

A atuação política dos empresários do setor inconformados com os resultados da 8ª Conferência conseguiu adiar a implantação de suas recomendações por mais um ano. Uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com participação paritária de representantes da “sociedade civil”¹⁰, foi então criada por portaria interministerial, com atribuição de “propor um novo modelo de sistema de saúde” a ser encaminhado à Assembleia Nacional Constituinte, e instalada em fevereiro de 1987¹¹. A proposta da Comissão, aprovada em março de 1987, manteve as diretrizes da 8ª Conferência, atenuando aquelas que conflitavam mais duramente com os interesses do setor privado, transferindo-se o debate para o âmbito da Assembleia Nacional Constituinte.

4. A Constituinte e o SUS que emergiu da Constituição de 1988

Três grandes campos de interesses se organizaram na Assembleia Nacional Constituinte: a “coalizão reformista”, que resultou da aliança entre os movimentos sanitário, sindical e popular e os parlamentares “progressistas” – que defendia as propostas da 8ª Conferência e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária; o forte *lobby* orquestrado pelo setor privado dependente do Estado, isto é, prestador de serviços ao setor público, aliado aos parlamentares dos partidos mais conservadores do centro e da direita políticos – que defendia a livre iniciativa da produção de bens e serviços de saúde e o relaxamento dos mecanismos de regulação estatal, contrário à universalização; e os aliados do sistema privado de atenção médica supletiva, constituído de setores autônomos do empresariado médico que não dependia da venda de serviços ao Estado – frequentemente aliado do segundo grupo e que defendia a total autonomia do setor, sem qualquer forma de regulação estatal (GOMES, 1996).

Pudemos observar o embate de, basicamente, duas concepções. De um lado, a concepção social-democrata – que propugnava por um sistema com características de universalização inclusiva e de caráter nacional, com as ações e serviços oferecidos predominantemente por uma rede pública com acesso efetivamente universal e no qual o setor privado teria uma participação complementar. De outro, o paradigma do modelo liberal/conservador – que concebia um sistema no qual é o setor privado o principal provedor de serviços, com a ação do Estado voltada apenas para alguns setores bem definidos, isto é,

¹⁰ A comissão foi composta por 24 membros, 12 representantes do governo e 12 da sociedade civil, incluindo o empresariado do setor privado de saúde.

¹¹ Enquanto isso, por proposta dos Ministérios da Previdência e da Saúde, num acordo de cúpula, foram criados, nos estados, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), cujo objetivo era a estadualização da assistência médica com a transferência da atribuição – e recursos – para as secretarias estaduais de saúde, mantendo no Inamps as funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

aqueles segmentos impossibilitados de, por seus próprios meios, ter acesso aos serviços privados (pobres, desempregados, idosos, minorias), sem interferir nos espaços onde já existem articulações viáveis entre o setor privado e suas clientelas.

Como não podia deixar de ser, esse embate ideológico entre concepções de modelos de organização da seguridade social e do sistema de saúde transmitiu-se, como uma ambiguidade, para o texto constitucional que desenhou um sistema de seguridade social basicamente nos moldes social-democratas, mas, ao definir os objetivos com base nos quais ele se organizará, mantém, lado a lado, princípios de universalidade e de seletividade¹².

De qualquer forma, o SUS delineado pela Constituição de 1988 resultou da adoção de um novo paradigma segundo o qual a saúde não mais é entendida como seguro social nem restrita a benefícios e serviços específicos de caráter contratualista, afirmando que esses direitos são universais. Nessa nova visão, o papel do Estado é o de garantir o exercício universal desse direito.

5. O SUS na contra-reforma

O embate observado na Assembleia Constituinte não arrefeceu com a promulgação da nova Constituição; ao contrário, elementos conjunturais e estruturais comprometeram a concretização das disposições constitucionais em sua plenitude (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

As primeiras dificuldades para a implantação efetiva do Sistema de Seguridade Social previsto no texto constitucional foram a fragmentação e ultra-setorialização da burocracia estatal nas áreas de previdência, saúde e assistência social; e o clientelismo, corporativismo e fisiologismo herdados do regime autoritário.

Esses fatores constituíram – e ainda constituem – sérios obstáculos à plena integração funcional das áreas de saúde, previdência e assistência e, assim, o sistema de seguridade social não se estruturou. Não existem, até hoje, mecanismos nem vontade política de fazer cumprir os dispositivos constitucionais sobre a matéria, inclusive no que diz respeito à destinação dos recursos orçamentários, e o Orçamento da Seguridade Social constitui, hoje, uma peça inútil.

Na opinião de Melo (1996), “alguns setores burocráticos promoveram uma resistência passiva às mudanças, enquanto outros setores das elites políticas e burocráticas se mobilizavam em torno de duas ideias-força relacionadas, mas não logicamente interdependentes: a da ingovernabilidade e a de reformas pró-mercado”.

¹² Incisos I e III do parágrafo único do art. 194

Na área da saúde, da mesma forma, os interesses corporativos de grupos ameaçados com a nova organização institucional que se propunha (funcionários e dirigentes do Inamps, Fundação Sesp, Sucam, LBA, hospitais universitários, entre outros) resistiram à reforma.

Essas resistências refletiram-se na atuação do Congresso Nacional, de tal forma que a regulamentação do texto constitucional relativa à proposição e aprovação de uma Lei Orgânica da Saúde foi obstaculizada pelas forças conservadoras representadas no parlamento, sensíveis ao *lobby* do setor privado empresarial e dos interesses corporativos daqueles grupos, o que adiou sua tramitação até 1990 (GOMES, 1996).

Mais grave que isto – e com mais poder de determinação – foi a reforma do Estado de moldes neoliberais que se seguiu à redemocratização do País e que, nas palavras de Favaret Filho e Oliveira (1990), “definiu os caminhos e especificidades do sistema de proteção social brasileiro neste momento crucial de ruptura”.

Os anos que se seguiram à entrada em vigor da nova Constituição, consolidaram, com a eleição de sucessivos governos de coalizão de orientação neoliberal – situação que persiste até o momento –, o que ficou conhecido como a reforma social-liberal do Estado¹³. No seu contexto, em busca de um estado mínimo, o Estado brasileiro deixou de ser um grande produtor, controlador e gestor de serviços públicos para se tornar um estado normativo. A máquina estatal foi desaparelhada, em busca de modernização gerencial. O ajuste fiscal – com financeirização dos orçamentos públicos, redução de investimentos e dos gastos públicos – promoveu a fragilização e, em alguns casos, ausência de políticas sociais. O aumento da arrecadação foi destinado a fazer superávit fiscal, pagar os juros da dívida e sustentar a terceirização.

Seguindo a lógica neoliberal, o Estado transferiu, para a iniciativa privada, a liderança do processo de desenvolvimento econômico e a produção de bens e serviços e se tornou, fundamentalmente, regulador das concessões de serviços públicos, mediante a criação de agências reguladoras especializadas, e provedor apenas subsidiário de funções públicas clássicas como educação, saúde pública e segurança. Na área social – previdência, saúde, educação, segurança –, a política caminha na direção da privatização, estimulando o aumento

¹³ Segundo Souza (2003), essa “remodelagem da intervenção do Estado na economia”, reproduziu no País o que tinha sido experimentado no Chile, sob a ditadura de Pinochet, a partir de 1973, na Inglaterra de Margareth Thatcher, a partir de 1979, e nos Estados Unidos, de Ronald Reagan, a partir de 1981. Esse processo, deslanchado no País a partir das reprivatizações em 1987, desaguou na institucionalização, em 1990, “de um dos maiores programas de Reforma do Estado em uma economia capitalista no mundo – compreendendo as dimensões administrativa, patrimonial e de política econômica –, caracterizada por demissões, privatizações e retirada do Estado da economia”, em nome da modernização do Estado e da economia nacionais, “sob a orientação de uma nova roupagem da velha ideologia liberal”.

da participação do setor empresarial privado, com predominância de valores individualistas típicos da concorrência capitalista (SOUZA, 2003).

No campo da política de Seguridade Social, o modelo de financiamento instituído pela Constituição foi abandonado, com restrição dos gastos de fonte tributária, destinação das receitas de contribuições sociais a outras funções e ao pagamento da dívida, e restrição dos mecanismos de controle social e à participação dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, boicotes e não-decisões pautaram o padrão de atuação do Tesouro em relação ao Orçamento da Seguridade Social.

Para obter equidade no custeio do Sistema de Seguridade Social, a solução definida foi a universalização do seu financiamento por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos fiscais da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais de empregados e empregadores, por entender que a diversidade das fontes de financiamento é essencial, pois condiciona, operacionalmente, a integralidade das ações de seguridade.

Para isto, a Constituição de 88 instituiu um Orçamento da Seguridade Social, separado do Orçamento Fiscal, e um esquema de financiamento que, ao mesmo tempo em que garantiu ao setor uma disponibilidade de recursos que poderiam viabilizá-lo – a receita das contribuições sociais passou a representar mais da metade da receita tributária da União –, passou, por isso mesmo, a ser disputada pelo Tesouro, às voltas com as perdas que o novo federalismo fiscal implantado após 1988 impunha e com o agravamento das necessidades de pagamento da dívida. O grande volume de recursos representado pela receitas de contribuições sociais, em relação à receita tributária total da União, decorrente da posta em marcha dos mecanismos de financiamento da seguridade previstos na Constituição, passou, assim, a ser uma tentação a que a área econômica dos sucessivos governos pós-88 não resistiram.

A disputa pelos recursos da Seguridade Social – e da saúde – se baseava na tese, defendida pela área econômica do governo, da necessidade de receitas livres. Inicialmente, a ausência de uma clara definição em relação à destinação dos recursos da seguridade social permitiu – como até hoje – que os Ministérios da Fazenda e do Planejamento passassem a adotar conceitos elásticos, enquadrando como financiáveis com recursos da seguridade um conjunto de ações de governo (pagamento de encargos previdenciários da União, custeio e pessoal dos Ministérios da Previdência, da Saúde e, inclusive, de docentes de hospitais universitários, entre outros) em detrimento das ações de saúde, previdência e assistência. A Seguridade Social passou a ter uma infinidade incontrolável de sócios, a disputar as receitas de contribuições sociais, desviadas para as mais diferentes finalidades e sob critérios de classificação absolutamente arbitrários, contrariando o espírito e a letra da nova Constituição.

A partir de 1993, a disputa envolveu as forma de financiamento do Sistema Único de Saúde, quando o Ministério da Previdência, em conviência com as autoridades da área econômica, deixou de repassar para o Ministério da Saúde as contribuições de empregadores e trabalhadores, recolhidas pelo Ministério da Previdência. O processo, por fim, se completou com a criação do Fundo Social de Emergência e, mais recentemente, da Super-receita¹⁴, que, na prática, representaram o virtual aniquilamento do Orçamento da Seguridade Social.

Na medida em que o pagamento da dívida interna é a prioridade real do governo, os mecanismos acima apontados desviaram não apenas recursos de fonte tributária, como de contribuições sociais para aquela finalidade, em detrimento da finalidade constitucionalmente definida¹⁵.

Como projeto de um sistema de saúde público e universal, que pressupunha ampliar a atuação estatal, a implementação do SUS esbarrou em um processo de desestatização e redefinição do papel do Estado mais como regulador do que prestador de serviço; precisando de uma ação estatal efetiva, teve de fazer frente à flexibilização da gestão pública e a uma drástica redução dos quadros de pessoal desse setor. Quando era esperado um aumento dos investimentos governamentais na ampliação e melhoria das redes públicas de serviços, encontrou a contração dos gastos para o financiamento de políticas sociais e a ampliação da abertura do setor ao mundo empresarial.

Transcorridos vinte anos da promulgação da nova Constituição Federal e da instituição do Sistema Único de Saúde, convivem, no País, três sistemas de saúde: o SUS, público, de acesso universal e gratuito, financiado com recursos de contribuições sociais e tributos e atuação nas áreas da saúde individual e coletiva; o Sistema de Saúde Suplementar, privado, pré-pago, do qual fazem parte 42,5 milhões de brasileiros, financiado com as contribuições de trabalhadores e por seus empregadores, composto por pouco mais de duas mil empresas operadoras de planos privados de saúde, com atuação nas áreas de assistência médica e odontológica; e a prática liberal das diferentes profissões de saúde, que constitui um outro subsistema privado, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra, por meio

¹⁴ Denominação popular da Receita Federal do Brasil, órgão que resultou da fusão da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda e da Secretaria da Receita Previdenciária do Ministério da Previdência Social, em julho de 2005, com a competência de arrecadar, fiscalizar, administrar, lançar e normatizar o recolhimento da quase totalidade dos impostos e contribuições que cabem à União.

¹⁵ Em que pese o aumento da arrecadação das contribuições sociais, os repasses ao Ministério da Saúde permaneceram, sempre, inferiores às necessidades da área, situação que se agravou ano a ano e que nem a instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) conseguiu amenizar. A própria destinação dada aos resultados da arrecadação da CPMF pelo governo e o desvirtuamento do papel supletivo que se lhe atribuiu quando proposta – passando a ter substitutiva de aportes de receita – caracterizam a vitória da área econômica do governo na sua política de defesa de “receitas livres” e explicam a implosão do conceito de seguridade social e de seu esquema de financiamento, instituídos pela Constituição de 1988.

de desembolso direto, de serviços de atenção à saúde individual não oferecidos pelo SUS ou pelos planos de saúde.

No espaço deixado pela construção apenas parcial de um sistema público universal, o setor empresarial privado desenvolveu e aproveitou-se da inovação representada pelos planos privados de saúde que lhes permitiram – pelo acesso direto a amplos segmentos de clientes representados pelas classes médias e trabalhadoras – relativa e crescente autonomização, passando a prescindir da venda, em larga escala, de serviços para o governo.

Nesse contexto, mais da metade (54,7%) dos gastos com saúde no Brasil são privados, isto é, feitos por pessoas físicas (indivíduos e famílias) e jurídicas (empresas, sindicatos, associações), sob a forma de despesas com mensalidades de planos de saúde e pagamento por consultas, exames, internações, órteses e próteses e, principalmente, medicamentos (OMS, 2006). Desses gastos privados com saúde, a maior parte (64,2%) constitui gastos saídos diretamente do bolso do cidadão.

6. Considerações finais

Apesar de todas as dificuldades para a sua implementação, o SUS tem, hoje, um impacto societário de grande importância, como sistema de proteção social, em razão dos resultados obtidos e da abrangência da cobertura alcançada.

Programas brasileiros de controle de doenças – entre os quais os de imunizações, de controle do tabagismo e de controle da aids – são reconhecidos internacionalmente por seus resultados positivos enquanto, na área assistencial, são realizados, por ano¹⁶, 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais; mais de 300 milhões de consultas médicas; dois milhões de partos; onze mil transplantes; 215 mil cirurgias cardíacas; nove milhões de procedimentos de quimio e radioterapia; 11,3 milhões de internações no âmbito do SUS. Oitenta e sete milhões de pessoas têm sua saúde acompanhada por 27 mil equipes de saúde da família e 110 milhões são atendidas por agentes comunitários de saúde (Ministério da Saúde, 2008).

Passados vinte anos de sua instituição, o SUS persiste como um capítulo à parte. Não da Constituição Cidadã, mas – e exatamente pelo seu caráter de grande conquista da nossa sociedade, construída sob a égide da cidadania e da solidariedade social (UGÁ, 2006) – da resistência à reforma liberal do Estado e pela reversão da lógica dominante nas políticas de Estado posteriores a 1988, que não reconhece o dever do Estado na materialização do direito constitucional à saúde.

¹⁶ Dados referentes ao ano de 2006.

Referências bibliográficas

- COHN, Amélia. Por onde anda a reforma sanitária? *Teoria e Debate*, a. 14, n. 48, p. 10-14, jun./jul./ago. 2001.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil. Políticas e Organização de Serviços*. 4. ed. São Paulo: Cortez /CEDEC, 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (3. 1963 Rio de Janeiro). *Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, 9 a 15 de dezembro de 1963. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8. 1986 Brasília). *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Brasília : Ministério da Saúde, 1987.
- SCOREL, Sara. *Reviravolta na saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados - Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-83, 1990.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- GERSCHMAN, Sílvia. *A democracia inconclusa. Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do Século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 61, p. 177-227, jun. 2006.
- GOMES, M.A. *Equidade e universalidade do Direito à Saúde: representação de interesses no Congresso Nacional, 1987/1990*. Tese apresentada ao Departamento de Ciência Política e Relações Internacionais da Universidade de Brasília. Brasília, 1996.
- GOULART, Flávio. *Municipalização: veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 1995.
- JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P.C.V. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. *Saúde em Debate*, n. 42, p. 10-15, mar. 1994.
- MELO, M.A. Reformando a Reforma. Interesses, atores e instituições da Seguridade Social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, v. 10, n. 4, p. 69-77, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. *Mais Saúde. Direito de Todos. 2008-2011*. 2. ed. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília, 2008.

OLIVEIRA, Jaime de A. de Araújo. O “Sistema Nacional de Saúde”. *Saúde em Debate*, n. 4, p. 54-62, jul./set. 1977.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *The World Health Report, 2006*. Genebra, 2006. [Informações referentes ao ano de 2003].

PAIM, Jairnilson. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde em Debate*, n. 15/16, 1985.

ROCHA, Juan S. Yazile. O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. *Previdência em Dados*, v. 3, n. 2, p. 5-11, abr./jun. 1998.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. SUS: quando um sistema de saúde nacional e único na sua conformação organizativa foi implantado num país federativo. Exigência de novos paradigmas administrativos. *Saúde em Debate*, v. 30, n. 73/47, p. 189-204, maio/dez. 2006.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A reforma do Estado: ‘SUS’ e a proposta das fundações públicas ou estatais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 120-128, jan./abr. 2006.

SOUZA, Juarez de. *Críticas à construção de um Estado neoliberal no Brasil (1987-2002: 15 anos de profundas mudanças)*. In: VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 28-31, out. 2003.