

4 - A reforma da política de saúde

inovação e continuidade – 1975/2000

Telma Maria Gonçalves Menicucci

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MENICUCCI, TMG. A reforma da política de saúde: inovação e continuidade – 1975/2000. In: *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 163-231. ISBN 978-85-7541-356-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

4

A Reforma da Política de Saúde: inovação e continuidade – 1975/2000

Este capítulo analisa a reforma da política de saúde definida na Constituição de 1988, levando em conta os processos de formação, decisão e implementação da nova política. A interpretação desses processos considera como fatores explicativos cruciais os efeitos de *feedback*, ou o legado das políticas prévias que fizeram com que, mesmo em uma situação de rearranjos institucionais, se configurasse, de fato, um processo de inovação limitada, o qual se torna mais evidente no momento de implementação da reforma, embora o próprio texto constitucional já estabeleça a dualidade do sistema de saúde.

Mas se esses fatores são responsáveis pelos aspectos de continuidade da política de saúde, eles não explicam a ruptura institucional decorrente da reforma sanitária que foi de fato realizada. Dois fatores são considerados para a explicação da mudança, cada um deles com peso diferente. O primeiro e mais importante é a conjuntura política mais ampla, caracterizada pelo processo de democratização do país, que permitiu que novos atores, portadores de propostas transformadoras, participassem da arena política e se tornassem suficientemente fortes para influenciar o processo decisório. O segundo fator é a crise da política de saúde, em razão, principalmente, do esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia, de alto custo e baixa efetividade. A crise financeira contribuiu para ressaltar as inadequações do modelo assistencial, que se traduzia na crescente insatisfação de usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde. Entendendo que a relação entre crise e reforma não é mecânica, mas mediada por processos políticos

por meio dos quais são definidas alternativas para o enfrentamento da crise, isso significa que ela pode desembocar em diferentes escolhas, na medida em que não existe uma única saída para a crise. Nessa perspectiva, considera-se que o movimento político-ideológico pela reforma sanitária soube construir uma proposta elaborada para a saúde, tirando proveito de uma conjuntura favorável a mudanças democráticas que incluíam a ampliação das políticas sociais, apresentando-a como a alternativa para a crise. Desta forma, no processo de mudança constitucional, o impacto das políticas prévias foi mediado pelo contexto político mais amplo de redemocratização do país e de ampliação dos direitos sociais.

Este capítulo tem, assim, uma dupla pretensão analítica: em primeiro lugar, explicar a ruptura institucional decorrente de um movimento em prol da reforma sanitária; em segundo, explicar as continuidades e/ou ambivalências que caracterizam o novo modelo institucional quanto ao aspecto específico da assistência à saúde. Se a ruptura é explicada pelo contexto de democratização e por uma situação de crise favorável a mudanças, a continuidade é atribuída à dependência de trajetória, de tal forma que os dois tipos de fatores explicativos, conjuntamente, fornecem uma explicação plausível para o formato híbrido – público e privado – assumido concretamente pela assistência à saúde no Brasil.

Esse argumento analítico aqui adotado considera que as políticas de saúde, ao mesmo tempo que podem ser vistas como conseqüências da ação política (variáveis dependentes), também são potentes para explicar tanto o desenvolvimento político quanto as políticas posteriores (variáveis independentes). No primeiro caso, as mudanças na política de saúde que culminaram com as definições constitucionais podem ser vistas como resultado da ação política decorrente da emergência e organização de novos sujeitos políticos que, aproveitando-se de uma conjuntura favorável, foram bem sucedidos no processo de transformar uma comunidade epistêmica, organizada em torno de uma concepção de saúde, sociedade e atuação do Poder Público, em um grupo de ação política, para isso aglutinando aliados e interesses ao redor de uma proposta de reforma do sistema de saúde. No segundo caso, entendendo-as como variáveis independentes, as políticas de saúde estabelecidas desde os anos 60, por meio dos seus efeitos institucionais e do processo político, são responsáveis pelos elementos de continuidade da política de assistência à saúde

que se expressam no próprio texto constitucional, mas principalmente na trajetória da assistência durante e após as mudanças no plano ideal-formal, ou seja: durante a formação, a decisão e a implantação da reforma.

Essa análise da reforma da política de saúde e da configuração institucional da assistência, que se consolidou com características de ruptura e continuidade em relação às políticas anteriores, permite validar a hipótese geral deste estudo, segundo a qual o formato institucional híbrido da assistência à saúde, apesar da definição constitucional de um sistema público, universal e único, é explicado, em grande parte, pelos legados das políticas prévias que limitaram as possibilidades de mudanças, em razão de seus efeitos sobre o conflito político, na definição de padrões de comportamento e na capacidade governamental, além de seus efeitos cognitivos.

Para desenvolver esses argumentos, o capítulo é dividido em três partes. Inicialmente, é feita uma análise do processo de formação da proposta de mudança da política de saúde, entendido como a constituição da agenda, a difusão de idéias, a elaboração de propostas inovadoras e a articulação política de diversos atores, visando influir no processo decisório. Desde meados dos anos 70, foram se constituindo propostas alternativas para a assistência à saúde com base na crítica à política vigente que, por meio de várias medidas governamentais, aprofundava o ‘modelo privatista’, assim denominada a opção pela ampliação da assistência pública em razão da privilegiação da compra de serviços privados em detrimento da utilização e/ou expansão da rede pública. Na mesma época, expandia-se também a assistência privada de forma autônoma, embora contando com subsídios governamentais, diretos ou indiretos, conforme analisado nos capítulos anteriores. O baixo controle da rede privada e a captura da burocracia governamental pelos interesses dos prestadores apontavam como principais conseqüências desse modelo de política os altos índices de corrupção e o aumento dos gastos a patamares insustentáveis para a Previdência Social. Tal situação favoreceu a expressão de algumas propostas racionalizadoras no âmbito da burocracia pública que indicavam o fortalecimento do setor governamental, paralelamente à constituição de um movimento político-ideológico em prol de uma reforma de maior envergadura – o movimento sanitário. Essas propostas se traduziram em algumas experiências alternativas isoladas na década de 70 e, na década seguinte, em projetos

institucionais reformistas no âmbito da Previdência Social, que, embora de pequeno impacto, foram precursores do projeto da reforma sanitária e expressaram um movimento político e de idéias em prol da universalização e da publicização da assistência à saúde. Esse projeto foi consagrado formalmente na Constituição de 1988 e implicou mudanças institucionais e dos princípios que norteavam a política de saúde.

Em segundo lugar, é analisado o processo decisório que resultou na reforma da política de saúde durante o processo constituinte. Os contornos desse processo político foram definidos, por um lado, pelo contexto de democratização, que permitiu a expressão e o fortalecimento de novos atores e de uma nova agenda, e, por outro, pelo embate com velhos atores, constituídos na trajetória da política de saúde. Esta teve como um dos seus principais efeitos a estruturação de interesses privados, e nessa medida influenciou o processo decisório e a disputa entre as alternativas de políticas, *grasso modo*, divididas entre uma proposta publicista e outra privatista. Esses últimos atores demonstraram significativo poder de veto e, apesar de não terem conseguido barrar as alterações institucionais mais significativas, particularmente a criação de um sistema público de acesso universal, garantiram a preservação dos arranjos previamente estabelecidos. O resultado foi que, ao mesmo tempo que a reforma ampliou a responsabilidade estatal no campo da saúde, de forma contraditória alguns dispositivos constitucionais garantiram a continuidade das formas privadas de assistência, independentemente de qualquer intervenção governamental. Como resultado de um acordo político entre os vários pactuantes, a reforma exigiu que todos tivessem que abrir mão das posições iniciais, e se chegou a um resultado político no qual, em alguma medida, todos saíram vitoriosos. As escolhas definidas na Constituição garantiram a convivência da reforma com a continuidade, em um processo de inovação pressionado por interesses e objetivos que tinham sido constituídos em decorrência das políticas anteriores, que limitaram a possibilidade de mudanças descontínuas, mas que, ao mesmo tempo, expressaram o dinamismo institucional ao definir um reordenamento do sistema público de saúde.

Por fim, é analisado o processo de implantação das mudanças jurídico-institucionais durante a década de 90, o qual traduziu as ambigüidades da legislação, decorrentes do processo político que lhe deu origem, caracterizado pelo

embate entre propostas opostas. É também nessa fase de implementação que se expressaram os outros efeitos de *feedback* da política de assistência à saúde estabelecida previamente, que, ao configurar um determinado formato institucional, limitou a viabilização concreta dos princípios publicistas e igualitários definidos constitucionalmente, mas negados pela trajetória da política de saúde. Ao propiciar a expansão da assistência privada, *vis-à-vis* à pública, consolidaram-se organizações e comportamentos vinculados às formas diferenciadas de acesso e de oferta da assistência, emoldurando o processo de formação das preferências dos afetados pela política e expressando-se na ausência de uma identidade coletiva ou de uma demanda universalista. Do ponto de vista político, esses efeitos de *feedback* se traduziram na ausência de suporte dos segmentos mais mobilizados, que seria necessário por se tratar de uma política de caráter redistributivo que demandaria a constituição de coalizões mais amplas e duradouras.

Na análise da implantação da reforma, é dada ênfase à questão do financiamento, que tem sido considerado um ponto de estrangulamento para a sua efetivação, pois o subfinanciamento do sistema de saúde não garantiu a implantação dos princípios constitucionais, para permitir tanto a universalização do acesso quanto a ampliação da rede prestadora. Na medida em que a implantação do Sistema Único de Saúde coincide com uma conjuntura de crise e reformas econômicas, os efeitos das políticas de ajuste dos anos 90 não podem ser desconsiderados. Entretanto, a falta de financiamento adequado é interpretada aqui como uma forma de inviabilização sistêmica do sistema público universal, entendendo que a concretização dos princípios constitucionais, em sua completa acepção, não se constituiu como um objetivo consensual do governo. Esse mecanismo indireto de enfraquecimento da reforma é condizente com o ambiente político-econômico geral – caracterizado pela crise de financiamento e por tendências de restrição das atividades estatais – e com as características da coalizão conservadora dos primeiros governos democráticos, afinados com as propostas de restrição dos gastos sociais, na contramão dos princípios constitucionais recém-definidos. Entretanto, o financiamento inadequado é também mais uma manifestação da concepção pública sobre a assistência consolidada na trajetória da política de saúde, caracterizada pela segmentação, a qual a reforma não logrou alterar, e que associa as obrigações

governamentais à focalização das ações nos mais pobres, em oposição à perspectiva universalista.

Este capítulo traça o processo a partir do qual os efeitos de *feedback* da política anterior colocaram limites para uma reforma institucional radical que de fato alterasse o modelo anterior, analisando a cadeia de ações movida por interesses diversos, alguns deles já cristalizados nas estruturas institucionais e capazes de conformar as percepções e atitudes dos cidadãos/usuários de serviços de saúde e outros menos institucionalizados, mas que foram capazes de levar a mudanças institucionais profundas, configurando um novo arcabouço jurídico-legal para a assistência médica no Brasil. Apesar disso, não se estendeu ao setor privado a regulamentação e o controle por parte do Poder Público, que se limitou, na Constituição, a tratar de um suposto mas irreal Sistema ‘Único’ de Saúde. Desta forma, a partir das mudanças constitucionais, passam a conviver as duas estruturas institucionais – um sistema público formalmente universal e inclusivo e um sistema privado em crescimento – aparentemente de forma paralela ou independente, mas que possuem poderosos vasos comunicantes, com interferências recíprocas que se expressam na arena política da saúde.

O Processo de Formação da Reforma da Política de Saúde: o movimento sanitário e os projetos inovadores

As idéias e os atores

A formação da proposta de reforma da política de saúde se deu a partir de meados da década de 70, pela articulação de um movimento político-ideológico por uma reforma sanitária, vista como parte integrante de um processo mais amplo de democratização. Esse movimento envolveu a construção teórica de um modelo de compreensão dos determinantes sociais da saúde e um conjunto de ações estratégicas visando à divulgação de idéias, à articulação de pessoas e organizações e à ocupação de espaços institucionais para a experimentação de projetos inovadores como mecanismo de constituição

de uma alternativa à política vigente. Particularmente na década de 80, no contexto da ‘abertura’ do regime autoritário, iriam ocorrer mudanças na política de saúde bastante significativas do ponto de vista de sua concepção, embora bem menos em termos do impacto no modelo de assistência vigente. Como embriões dos princípios da reforma que seria definida no final dos anos 80 durante o processo constituinte, essas experiências eram baseadas em alguns objetivos básicos, como a ampliação de cobertura, a articulação das esferas de governo com vistas à maior utilização da rede pública e a participação da população. Por serem propostas em clara diferenciação com o modelo de assistência prevalecente, essas experiências enfrentaram a oposição dos interesses consolidados na trajetória da política de saúde e da própria burocracia pública afinada com esses interesses.

O processo de redemocratização do país, no âmbito do qual ocorreu essa reforma sanitária, trouxe no seu bojo a preocupação com os aspectos substantivos da democracia que remetem aos direitos sociais, entre eles o direito à saúde. A oposição ao regime militar incluía a luta pela ampliação das políticas sociais com base na crítica ao desempenho do governo autoritário na área social, bem como das políticas econômicas de alta concentração de renda. As propostas políticas dos setores de oposição enfatizavam a redefinição das políticas sociais no sentido da universalização de benefícios mediante um processo redistributivo. Particularmente no campo da saúde, a discussão da ‘democratização da saúde’ se fazia de forma mais intensa via ‘movimento sanitário’, que logrou atingir alto grau de organicidade e grande visibilidade política, vindo a ter papel relevante na reformulação da política de saúde.

Ao movimento sanitário é atribuída a liderança política e intelectual da reforma, no interior do qual foi construída uma proposta alternativa para a política de saúde.¹¹⁶ De origem acadêmica, esse movimento se articulou com outros segmentos sociais e governamentais, entre os primeiros destacando-se a categoria dos médicos e o ‘movimento popular em saúde’, que, como vários outros, emergiam ou se fortaleciam na conjuntura de transição democrática. No âmbito governamental, teve o apoio de segmentos burocráticos

¹¹⁶ A análise sobre o movimento sanitário tem como referência principal o trabalho fundamental sobre o tema, realizado por Sarah Escorel (1998): *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*.

que questionavam o modelo assistencial vigente e, nos anos 80, contou com outro ator, que a partir de então teria um papel proeminente: o Movimento Municipalista em Saúde, constituído pelos secretários e técnicos municipais de saúde.¹¹⁷

O marco teórico que foi o referencial ideológico do movimento sanitário e sustentou as suas propostas políticas tem origem na universidade e se expressa na teoria social da saúde. No final dos anos 60 e início dos 70, desenvolveu-se uma abordagem marxista histórico-estrutural das condições e dos problemas de saúde da população no âmbito dos departamentos de medicina preventiva (DMPs) de algumas universidades brasileiras. Com a incorporação das ciências sociais ao estudo da saúde, constituiu-se o pensamento médico-social, que, ao levar em conta o caráter político da área da saúde, deslocou o seu objeto do indivíduo para a sociedade, considerada como determinante das condições de saúde, e delimitou um novo campo de estudo, denominado de ‘saúde coletiva’.¹¹⁸ À crítica da concepção positivista de ciência – universal, empírica, atemporal e isenta de valores – se contrapôs a idéia de uma teoria que informasse e sustentasse a ação política, de modo que a prática sanitária passou a ser vista como sujeito de transformação. Na perspectiva de seus expoentes, a maioria oriunda de partidos políticos então na clandestinidade, particularmente do Partido Comunista Brasileiro, tratava-se de um movimento contra-hegemônico com propósitos ambiciosos de alterar a correlação de forças a partir da consciência sanitária, tendo como horizonte o socialismo (Rodrigues Neto, 1997; Teixeira, 1987). Dessa forma, o paradigma alternativo de saúde coletiva orientava proposições que implicavam transformações mais profundas não apenas na saúde, mas no Estado, na sociedade e nas instituições em geral (Fleury, 1997). Nessa perspectiva, o movimento sanitário se engajou na luta para a derrubada do governo militar, juntando-se aos demais movimentos sociais que proliferavam no país.

¹¹⁷ De acordo com Gerschman (1995: 41), o autodenominado ‘movimento sanitário’ era “um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria na área da saúde.”

¹¹⁸ A adoção do conceito de saúde coletiva, segundo Teixeira (1987: 94), foi “uma originalidade nacional face à heterogeneidade de denominações habituais, como saúde pública, medicina social, medicina preventiva, medicina comunitária”.

Com o estímulo institucional da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), desenvolveram-se o conhecimento e a produção teórica em saúde coletiva e a capacitação de profissionais por meio de cursos de mestrado e doutorado, dos DMPs e de programas de residência em medicina social.¹¹⁹ A difusão da abordagem médico-social foi um instrumento importante para a formação de recursos humanos no campo da saúde coletiva, difundindo-se uma nova maneira de pensar e de atuar no setor saúde, transformando o perfil do sanitarista, que passou a incorporar o posicionamento político na sua proposta de atuação em um campo definido como social. Diferentemente da abordagem tradicional de saúde pública, incorporou-se também a análise da política de saúde e da assistência médica previdenciária, sendo elaboradas propostas de transformação tanto do regime político quanto do sistema de saúde. A partir de uma crítica ao saber hegemônico, inicialmente o movimento sanitário se percebia como constituindo um contra-saber que deveria ter efetividade política, sendo ponto de partida para a reforma sanitária (Dâmaso, 1989).¹²⁰

Uma das formas de difusão do pensamento médico-social, associada ao posicionamento pela democratização do país e pela oposição à privatização da saúde, foi por intermédio do movimento estudantil do setor saúde, particularmente nas *Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária* (Sesacs). Reunindo estudantes, professores e profissionais médicos, representando algumas de suas organizações profissionais, as Sesacs aglutinavam núcleos estudantis de oposição e se realizaram anualmente, no período de 1974 a 1978, nos locais onde havia apoio institucional de universidades ou secretarias de saúde que desenvolviam projetos de medicina comunitária ou de extensão de cobertura por

¹¹⁹ A tese de doutorado de Sérgio Arouca (*O Dilema Preventivista*), contribuição para a compreensão da medicina preventiva, defendida na Unicamp em 1975, é considerada um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário. Em 1978, existiam 16 instituições desenvolvendo pesquisas ou elaborando projetos no campo da saúde coletiva, sendo sete instituições acadêmicas, seis prestadoras de serviços de saúde e um centro de pesquisa epidemiológica. Entre 1972 e 1980, foram criados seis cursos de mestrado e doutorado em saúde coletiva, o primeiro deles sendo o mestrado em medicina social no IMS/Uerj, que se constituiu em um centro de pensamento progressista em saúde, os demais na Faculdade de Saúde Pública da USP e nas Faculdades de Medicina de Ribeirão Preto, da USP, Ensp e Ufba (Escorel, 1998).

¹²⁰ De acordo com Dâmaso (1989: 73): “o conceito de reforma sanitária tem, todavia, um sentido ‘forte’: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social.”

meio da medicina simplificada.¹²¹ Grande parte desses programas estava vinculada aos DMPs, utilizados na formação de internos e residentes, que atraíam estudantes mais politizados como forma de se vincularem aos problemas da população e de se inserirem nos movimentos populares.

Na perspectiva da produção de conhecimento e veiculação de idéias, e para aglutinação do pensamento crítico em saúde, foram criadas duas entidades importantes no processo de formação dessa comunidade epistêmica voltada para a reforma sanitária: o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. Nos seus primeiros anos, o Cebes teve uma grande produção intelectual, publicando livros e promovendo encontros, reuniões e debates, mas, principalmente, editando a revista *Saúde em Debate*. Lançada em novembro de 1976, a revista se tornou um veículo de divulgação do pensamento sanitarista, permeado pelas ciências sociais marxistas, e após um ano já possuía cerca de quatro mil assinantes.¹²² A Abrasco foi criada para organizar a prática acadêmica em torno da crítica ao modelo de assistência à saúde e para formular propostas, sendo também uma importante entidade para a veiculação de idéias.

No processo de sua articulação e ampliação, o movimento sanitário foi incorporando novos atores. A atuação no âmbito do parlamento foi uma estratégia importante, já que esse era um espaço que possibilitava oportunidade para um debate mais democrático em um contexto autoritário e com fe-

¹²¹ Foram realizadas Sesacs em Belo Horizonte, Campinas (SP), Curitiba, Londrina (PR) e Santo André (SP). A medicina comunitária, ou simplificada, era uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde que se difundia na América Latina, voltada principalmente para as populações rurais, por meio de programas baseados no autocuidado, atenção primária realizada por pessoal não-profissional, com tecnologia apropriada e com a participação da comunidade. O marco político dessas propostas é a Declaração de Alma Ata, firmada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma Ata, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde. A Declaração estabeleceu como meta a 'saúde para todos no ano 2000', por meio da estratégia da atenção primária, e seus conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária e agente de saúde foram difundidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Embora não tenha contado com representação do Brasil, a Conferência "expressa o contexto normativo das principais diretrizes e princípios que passaram a nortear as reformas dos sistemas de saúde a partir dos anos 80" (Fundação João Pinheiro, 1999: 31).

¹²² Como destaca Fleury (1997: 26), em análise retrospectiva: "O Cebes representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triedro que caracterizou o movimento pela reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política".

chamento de outros canais institucionais. A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados tornou-se um local para o debate público sobre a saúde e para a organização do movimento, contando com apoio de parlamentares, inclusive do partido governista, e da sua infra-estrutura (Rodrigues Neto, 1997). Em 1979, o núcleo do Cebes de Brasília teve uma atuação parlamentar importante, assessorando parlamentares da Comissão de Saúde, o que teve como um dos resultados mais expressivos a realização, por iniciativa da Comissão, do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Este simpósio foi um marco do movimento pela reforma sanitária, pois contou com grande participação de pessoas de todo o país e marcou a vinculação do movimento sanitário com a discussão concreta da política de saúde. O documento aprovado no simpósio teve o papel simbólico de lançar o projeto do Sistema Único de Saúde ao sugerir os principais componentes da proposta alternativa à política vigente. Entre estes, destacam-se: saúde como direito de todos e dever do Estado; detenção do empresariamento da medicina, considerando os atos médicos como bem social gratuito; unificação do sistema de saúde, cabendo ao Estado a administração do sistema; participação popular na política de saúde; mecanismos eficazes de financiamento; descentralização; e fim dos convênios com pagamento por unidade de serviço.

Outra estratégia foi trabalhar para a eleição de deputados estaduais e federais, prefeitos e vereadores que tinham a saúde em suas plataformas eleitorais e eram ligados à questão mais geral da democratização, o que os aproximava dos objetivos do movimento sanitário, cuja atuação não se restringia à questão sanitária, mas sobretudo estava integrada ao movimento para a derrubada do governo militar.

Ainda na década de 70, integraram-se ao movimento sanitário as ações de dois grupos de profissionais de saúde: os médicos residentes e o Movimento de Renovação Médica. Embora de caráter profissional, no contexto de mobilização contra o regime autoritário esses movimentos assumiram uma postura política e se inseriram nas questões mais gerais da sociedade, particularmente a crítica da política de saúde, reforçando as propostas de transformação. As conseqüências dessa política incidiam diretamente sobre a categoria médica, na forma de progressivo assalariamento, uma vez que os médicos perdiam sua característica liberal, tornando-se assalariados, predominantemente

no setor público, mas também nas empresas de medicina de grupo. O reflexo dessa nova condição se deu no interior das entidades de classe, ocorrendo o desenvolvimento da ação sindical e da utilização de instrumentos de ação de trabalhadores, particularmente as greves.

No caso dos residentes, o período coincide com uma mudança de postura da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), que passou a buscar a regulamentação trabalhista do médico residente, deixando de limitar sua atuação à dimensão educacional da residência médica. Em 1979, os médicos residentes participaram de lutas gerais da sociedade, particularmente a campanha pela anistia, e endossaram algumas propostas do Cebes, como a idéia de que saúde era um dever do Estado.

O ‘Movimento de Renovação Médica’ surgiu em 1978 como oposição ao discurso liberal das lideranças médicas tradicionais, assumindo sua condição de categoria assalariada. Suas propostas foram bem recebidas, e em pouco tempo conquistaram as mais importantes entidades da categoria, particularmente a AMB, nas eleições de 1981. O Movimento de Renovação Médica assumiu também a postura de oposição ao regime militar e de denúncia à ‘mercantilização da medicina’, fazendo oposição ferrenha à medicina de grupo.¹²³ De 1978 a 1981, a categoria médica esteve envolvida em movimentos coletivos e se articulou com outros sindicatos de trabalhadores. Nesse último ano, ocorreu uma greve nacional dos médicos, na qual, além das reivindicações por melhores salários e condições de trabalho, eles questionavam a própria política de saúde e reforçavam as propostas de sua transformação no sentido preconizado pelo movimento sanitário.

O Cebes participou do processo de reorganização e renovação das entidades profissionais médicas, assumindo a posição dos profissionais assalariados, criticando os interesses empresariais representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

¹²³ O que caracterizava o movimento de renovação médica era, segundo Célio de Castro, presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais no período de 1980 a 1986, integrante desse movimento, “a defesa intransigente dos direitos dos médicos, mas com o compromisso fundamental de melhorar sempre o atendimento prestado à população. Acho que esse lema sintetiza todos os ideais, não só meus, mas de uma geração” (entrevista para o sindicato, publicada em Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, 2000: 31).

Nos anos 80, a discussão da reformulação da política de saúde ganha a adesão dos movimentos populares em saúde (Mops), que se desenvolviam desde a década anterior mas que só então passam a incorporar as propostas do movimento sanitário, entre elas a crítica à medicina privada financiada pelo setor público. Esses movimentos proliferaram em torno de associações de moradores e outras entidades de bairro em favelas e bairros pobres das periferias das grandes cidades (Gerschman, 1995).¹²⁴ Os Mops se organizaram em torno de reivindicações por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgotos, moradia, transportes etc. e tiveram presença marcante de médicos, profissionais e agentes de saúde vinculados à experiência de medicina comunitária, e na sua maioria ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), sofrendo também influência da Igreja progressista, por meio das Comunidades Eclesiais de Base. Com base em algumas experiências de medicina comunitária, que previam a participação de agentes de saúde da própria comunidade, começou a se articular o movimento popular em saúde. Na sua primeira fase, de caráter mais reivindicativa, procurava uma atuação independente, de tal forma que a política nacional de saúde não se constituía como um eixo de sua ação. Em uma segunda fase, já no período da ‘Nova República’, o movimento popular adquiriu maior politização, com a articulação de associações de moradores de diferentes bairros em federações de associações de moradores nacionais e estaduais, o relacionamento com outros movimentos sociais e sindicais, e a atuação no sentido de se desvencilhar das lideranças religiosas e técnicas.

Em síntese, o movimento pela reforma institucional do setor saúde partiu de uma teoria sobre a determinação social da saúde, construiu uma proposta de reforma da política de saúde com base na crítica ao modelo vigente, estabeleceu estratégias para divulgação das idéias e propostas e conseguiu articular um conjunto diversificado de atores em torno delas. Na conjuntura de insatisfação com o regime autoritário e no movimento de constituição de um novo pacto no país, foi possível superar os objetivos e interesses setoriais ou corporativos na afirmação de uma alternativa para o setor saúde, cujo conteúdo

¹²⁴ Essa análise do movimento popular em saúde é extraída do trabalho de Sílvia Gerschman (1995), *A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*.

principal era a universalização e a responsabilidade pública, em oposição clara ao modelo segmentado e híbrido que caracterizava a política de saúde. Como define Vaitsman (1989: 153), o movimento sanitário:

É um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma 'Reforma Sanitária' (...).

O Movimento Sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses. Embora dele possam fazer parte grupos de produtores (médicos, por exemplo) e de consumidores (usuários, potenciais ou reais, dos serviços de saúde), organizações de representação de interesses e partidos políticos, o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos.

Com essas características, o movimento terá um papel fundamental no processo de democratização e de formulação de uma imagem-objetivo para a política de saúde do Brasil, mas perderá seu vigor após a retomada da democracia e no momento de implementação da política de saúde, quando os diferentes interesses e clivagens ideológicas internas vão se explicitar e quando se dará o embate com as propostas contrárias em razão dos interesses constituídos ao longo do desenvolvimento da política de saúde.

Crise e projetos institucionais inovadores da década de 70

No âmbito da política de saúde, o contexto em que se articulou o movimento sanitário caracterizava-se pela preponderância da Previdência Social e pela ênfase na assistência médica curativa, montada sobre uma rede de prestação de serviços predominantemente privada. Paralelamente, expandia-se a assistência privada, incentivada por decisões governamentais. Contra esse modelo vai se orientar o movimento sanitário com base na crítica ao crescimento do setor privado com o financiamento do setor público. No interior da Previdência já existiam correntes de pensamento não afinadas com os interesses empresariais e com o grupo técnico-burocrata de tendência privatista que co-

mandava a instituição, identificada como o espaço onde se consolidou uma aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal. Esse pensamento divergente defendia o fortalecimento do setor público e, embora numericamente reduzido, encontrou na crise financeira da Previdência uma conjuntura favorável para a crítica ao modelo hegemônico, de tal forma que a crise contribuiu para uma modificação na arena política.¹²⁵

A prioridade dada aos projetos sociais como mecanismo de legitimação do governo Geisel (1974-79) abriu espaços institucionais no Ministério da Saúde para técnicos com pensamento diferente do predominante. Nesse período, desenvolveram-se projetos orientados por propostas transformadoras para o sistema de saúde que expressavam a crítica ao modelo de prestação da assistência, mostravam modelos alternativos e indicavam a penetração de um projeto ideológico de reforma sanitária. Em alguns aspectos, eles se afinavam com as propostas de racionalização e modernização administrativa típicas do período, as quais, no caso do setor saúde, sofriam grande influência da Opas. Nesse contexto, inserem-se as propostas de extensão de cobertura e de participação comunitária, buscando-se coordenar recursos, reduzir custos e realizar uma alocação tecnicamente planejada dos recursos (Cordeiro, 1979).¹²⁶ Apesar de não terem afetado substancialmente o modelo prevalecente, esses projetos motivaram a reação dos setores favorecidos na trajetória da política de saúde, contribuindo para a explicitação das divergências ideológicas e de interesses.

O primeiro desses projetos foi o Plano de Localização de Unidades de Serviços (Plus), criado em 1975 mas derrotado em razão do enfrentamento com os interesses dos prestadores privados, apoiados nos consistentes anéis burocráticos da Previdência Social. Apoiando-se nas diretrizes de modernização administrativa e de expansão física por meio do planejamento racionalizador,

¹²⁵ Conforme foi visto no capítulo 2, a crise se expressou de forma aguda em meados da década de 70 e tinha como um de seus determinantes a dificuldade de financiamento da expansão de cobertura da assistência médica previdenciária por meio da contratação de serviços privados, de alto custo e indutor de corrupção em razão do mecanismo de pagamento predominante.

¹²⁶ Como afirma Rodrigues Neto (1997: 66), ao mesmo tempo que assessoravam o governo, os integrantes do movimento sanitário assessoravam parlamentares para questionar as ações e políticas do próprio Ministério da Saúde, como uma “tática *sui generis*” de investir nas contradições, além “de propiciar o acesso de informações privilegiadas, que eram repassadas tanto ao movimento, como para jornalistas e, especialmente, aos parlamentares a ele vinculados, para pronunciamentos, arguições e denúncias”.

o plano experimentou uma metodologia de programação de serviços com base em necessidades normatizadas da população confrontadas com a oferta de serviços, e que indicava a universalização num momento em que os serviços de saúde estavam restritos institucionalmente aos segurados da Previdência e propunha medidas que privilegiavam a rede pública. A reação dos prestadores privados se dirigia contra o que denominavam de pensamento ‘estatizante’ e teve força suficiente para barrar o Plus (Escorel, 1998).

No mesmo ano, desenvolveu-se o Projeto Montes Claros (PMC) como uma aplicação regional de certas diretrizes de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde e no qual foram experimentados princípios defendidos pelo movimento sanitário que seriam consagrados nas mudanças constitucionais posteriormente, como: universalização, regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade da assistência e participação comunitária. O PMC também enfrentou oposição de forças conservadoras dentro do Ministério da Saúde, mas principalmente dos interesses privados vinculados à burocracia que dominava a política previdenciária, uma vez que a participação da Previdência Social no financiamento era imprescindível para a manutenção do programa. Essa oposição foi capaz de inviabilizar o projeto, mas o PMC obteve apoio de outros grupos do movimento sanitário, como os sindicatos médicos, os movimentos dos profissionais de saúde, o Cebes, o movimento estudantil e a universidade. Sem ter alcançado seus objetivos, o PMC, entretanto, foi expandido para outras partes do país, por meio do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que adotaria uma estratégia semelhante.

Criado em 1976, o Piass seguiu um modelo de medicina comunitária e de extensão de cobertura com o oferecimento de serviços básicos, conforme preconizado por organismos internacionais e tendo como referência experiências municipais de projetos alternativos. Priorizava a região Nordeste, particularmente vilas e povoados rurais. Isso se justificava pela carência da região, mas também por razões político-estratégicas, uma vez que eram “áreas e populações fora dos interesses privados do setor saúde” (Rosas, 1981: 99, *apud* Escorel, 1998: 159), concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Embora o comando gerencial coubesse aos sistemas regionais de saúde, a Previdência Social participou pela primeira vez de forma financeira e programática em um programa de saúde

pública – que institucionalmente cabia ao Ministério da Saúde – por meio de ações que contrariavam o pensamento privatizante hegemônico. O Piass significou o fortalecimento do setor público, particularmente do Ministério da Saúde, coordenador do programa, e das secretarias estaduais, uma vez que as ações se faziam em cooperação entre as duas instâncias governamentais. Foi nesse espaço institucional que se desenvolveu entre técnicos e profissionais uma crítica mais forte à política de assistência à saúde conduzida pelo Inamps e suas diretrizes orientaram as propostas do movimento sanitário. O Piass teve outro efeito político relevante ao propiciar o aparecimento de uma frente política dos secretários de saúde envolvidos no programa, com o objetivo principal de reivindicar recursos da Previdência Social. Em 1980, esses últimos organizaram o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que veio a se constituir como mais um ator que se juntaria ao movimento reformista da saúde, identificado com o fortalecimento do setor público.

Aprofundamento da crise e iniciativas reformistas na década de 80

Se na década de 70 configurou-se um discurso alternativo no âmbito da sociedade e ensaiaram-se algumas práticas governamentais alternativas, na década seguinte, durante o último governo militar, desenvolveram-se propostas mais globais de reformulação da assistência médica em um contexto identificado pelo aprofundamento da crise da Previdência Social. Entre as causas relacionadas para a crise financeira estão a contradição estrutural de um sistema em expansão com crescente absorção de faixas da população coberta em direção a um modelo de cidadania universal, sem alterações no regime financeiro baseado no modelo de relação contratual; a queda dos salários reais e a redução do crescimento do emprego, em razão de recessão econômica, desacelerando a receita de contribuições para a Previdência; o aumento das sonegações e a diminuição das transferências da União; os problemas na arrecadação e gestão dos recursos; o alto custo dos serviços de assistência médica; a corrupção facilitada pelos mecanismos de financiamento; e as dificuldades de controle do setor privado prestador de serviços.

No debate sobre a crise, ficava bem configurada a arena política da assistência médica e delineavam-se várias propostas, polarizadas entre a priorização

do setor público, de acordo com as idéias do movimento sanitário, e a privatização da assistência, expressando os interesses constituídos no setor saúde. As companhias de seguro, em proposta apresentada pelo Instituto de Resseguros do Brasil, sugeriam a eliminação da assistência médica do plano de benefícios e serviços da Previdência Social, impondo-se o seguro-saúde privado compulsório. Por sua vez, a Abramge, tirando proveito das críticas à assistência médica previdenciária que convergiam para o setor prestador de serviços contratado pela Previdência Social e representado pela FBH, defendia a medicina de grupo como a alternativa mais racional e econômica, propondo a extensão dos convênios com empresas. Um dos espaços em que se expressavam esses interesses em disputa foram as audiências públicas na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que se tornaram palco de intensos debates.

Nesse momento, o movimento sanitário já estava organizado e reconhecido como interlocutor na arena de saúde e, após ampla mobilização, conseguiu ocupar espaços institucionais importantes, com o objetivo de tentar mudar a direção da política pública, além de estabelecer contatos com outros movimentos pela democratização do país.¹²⁷ O contexto de crise da assistência médica previdenciária favoreceu as propostas de mudança, que tinham também um sentido racionalizador, de tal forma que o projeto do movimento sanitário iria se configurar como uma solução para a crise.

Com o objetivo principal de conter custos, em uma perspectiva racionalizadora, desenvolveram-se propostas de reformulação no interior da Previdência Social que tinham as seguintes características: privilégio do setor público prestador de serviços; integração institucional por meio de instâncias colegiadas de gestão e programação conjunta; desconcentração das ações de saúde para os níveis estadual e municipal; e participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas de saúde.

O primeiro projeto da década foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), proposto por técnicos do setor público, em

¹²⁷ Particularmente no período que antecede a transição do regime militar para a 'nova república', vários integrantes do movimento sanitário ocuparam postos-chave na administração do setor saúde. Essa estratégia gerou críticas internas, sendo considerada por alguns de seus componentes como o abandono das propostas transformadoras que caracterizaram o início do movimento em favor de reformas meramente administrativas. Esse foi um dos pontos de conflito que fraturaram internamente o movimento, dividido entre tendências mais ou menos radicais. Sobre essa questão ver, entre outros, Teixeira (1987) e Cohn (1989).

1980, como proposta de reformulação ampla da política de saúde. O Prev-Saúde buscava traduzir as experiências institucionais anteriores e incorporava as propostas da Organização Mundial da Saúde e do movimento sanitário. O projeto estabelecia condições para a inclusão dos serviços privados no sistema público, limitando-os aos serviços sem fins lucrativos, de forma que gerou intensa reação. Mesmo sendo reformulado, nunca foi implantado. O debate travado sobre o Prev-Saúde, embora estabelecido em torno do discurso, pois não foi tomada nenhuma medida concreta, iluminou o posicionamento dos diferentes grupos e explicitou a luta ideológica acerca de grandes modelos de orientação da assistência médica. Para seus críticos, o Prev-Saúde era visto como a estatização do setor; para seus proponentes no âmbito das instituições previdenciárias, apenas como uma medida racionalizadora. Na primeira vertente, explicitando os famosos anéis burocráticos dentro da Previdência Social, juntavam-se na oposição ao Prev-Saúde tanto o presidente do Inamps¹²⁸ quanto a FBH e a Abrange, embora essas duas entidades empresariais tivessem perspectivas diversas, em razão dos seus diferentes interesses: para a FBH, a proposta era estatizante ao marginalizar a rede hospitalar privada com a pretensão de substituí-la pelos serviços públicos (na sua visão, mais dispendiosos); ao incluir apenas os hospitais filantrópicos e beneficentes; ao retirar incentivos a empreendimentos de cunho lucrativo, negando financiamento à iniciativa privada por meio do FAS; e por estabelecer maior controle ou eliminação de recursos para contratação de serviços privados. Para a Abrange, o projeto seria estatizante ao propor uma participação muito débil da iniciativa privada, representada apenas pelos hospitais privados e não mencionando as diferentes formas de medicina organizada, entre as quais a medicina de grupo.

No ano seguinte, outra proposta de reforma logrou maior consenso, e foi criado, no âmbito do MPAS, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, o Conasp (decreto 86.329, de 2/9/81), como uma instância reguladora, composto por notáveis da medicina, representantes de ministérios, dos trabalhadores do setor patronal e dos prestadores privados de serviços. O objetivo básico pretendido com a criação do Conasp era

¹²⁸ Esse declarou considerar o projeto nitidamente estatizante, ao propor, no seu entendimento, o esvaziamento da empresa privada.

racionalizar a prestação da assistência médica e seus custos crescentes, disciplinando o atendimento médico-hospitalar entre hospitais conveniados com base em uma posição crítica sobre as implicações decorrentes das formas de financiamento do setor privado. Embora não previsse participação exclusiva do setor público, no ‘Plano Conasp’ foi dada preferência à reativação dos serviços públicos,¹²⁹ segundo uma proposta de reversão gradual do modelo privatista. Medidas racionalizadoras estabeleceram um novo sistema de contas hospitalares, substituindo o criticado sistema de pagamento por unidades de serviço pelo cálculo do custo global do procedimento médico e, ainda, impondo uma racionalização na assistência ambulatorial, à qual se propunha dar prioridade. O plano de contas hospitalares resultou em diminuição das internações e enfrentou grande oposição da FBH, embora tivesse apoio do movimento sanitário, da medicina liberal e da Abramge, revelando o fracionamento dos interesses privados (Mendes,1993).

O plano propunha ainda uma redefinição político-institucional, pretendendo criar uma rede única de serviços de saúde pelo estabelecimento de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e os governos dos estados, por intermédio de suas secretarias de Saúde, como forma de racionalização dos recursos públicos, passando a privilegiar o financiamento do setor público. A concretização desses convênios viria com as Ações Integradas de Saúde (AIS), como uma estratégia para unificação do sistema de saúde mediante a integração entre as instituições públicas de saúde federais, estaduais e municipais no âmbito de cada unidade federada. As AIS são antecedentes importantes da reordenação do sistema de saúde após a Constituição de 1988, no sentido preconizado pelo movimento sanitário.¹³⁰

¹²⁹ Foram então tomadas medidas concretas para reativar três hospitais públicos, além de conceder maior dotação de recursos para o setor próprio da Previdência Social.

¹³⁰ “A partir de maio de 1984, a estratégia das AIS, tendo como referência as diretrizes contidas no plano do CONASP, passou a ser implementada com base nos seguintes princípios gerais: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo” (Escorel, 1998: 185).

Essa proposta sofreu grande oposição mesmo na direção geral do Inamps por dirigentes favoráveis à manutenção da política de compra de serviços privados, além de, mais uma vez, ter mobilizado diferentes grupos de interesse defensores do *status quo*. Os convênios foram implementados inicialmente apenas em alguns estados e municípios, atingindo no final da década cerca de 2.500 municípios.¹³¹

Em razão das alterações observadas na política de assistência à saúde durante os anos 80, alguns resultados, mesmo que bastante tímidos, foram observados. Como consequência das medidas do Plano Conasp, de fato ocorreu um aumento relativo da produção de serviços ambulatoriais em detrimento das internações hospitalares, que predominaram na política ‘hospitalocêntrica’ dos anos 70, de tal modo que o número de internações no período 1982/87 caiu de 13,1 milhões para 11,7 milhões (Médici, 1990). Observou-se também uma participação declinante da rede privada contratada nas internações realizadas pela Previdência Social, que, de mais de 90% das internações, chegando a atingir cerca de 97% do total, reduziu-se para 80,3% em 1987, sem que se conseguisse, contudo, eliminar a forte predominância do setor privado nas internações hospitalares.

Durante toda a década declinaram os gastos da Previdência com a rede privada de saúde, passando de 71,3 % do total em 1981 para 45,9% em 1987, incluindo-se nessa cifra tanto os pagamentos feitos aos prestadores de serviço, lucrativos ou filantrópicos, quanto os repasses para as entidades conveniadas – empresas ou sindicatos (Médici, 1990). No mesmo período, verificou-se uma ampliação significativa dos gastos com os prestadores de caráter filantrópico, que cresceram cerca de 76% no período de 1981 a 1987, atingindo quase 10% das despesas com os prestadores privados, resultado que expressa a política de priorização dos prestadores filantrópicos. Mas, dada a sua pouca relevância no conjunto das despesas previdenciárias com assistência à saúde, permaneceu ainda no final do período a predominância dos gastos com os prestadores

¹³¹ De acordo com Hésio Cordeiro, então presidente do Inamps, em depoimento em audiência pública na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente durante o processo constituinte (DANC, 17/7/87), em 1984, apenas 112 municípios participavam do programa, passando para 840 no final de 1985 (ou 950, de acordo com Mendes, 1993). A partir de então, as AIS foram impulsionadas, atingindo, em 1987, 2.500 municípios e 70% da população (DANC, 17/7/87).

lucrativos, que consumiram sozinhos cerca de 40,5% do total de despesas do Inamps em 1987. Porém, em termos relativos, houve uma forte queda das despesas com esses prestadores, uma vez que elas permaneceram praticamente inalteradas e, até, em declínio, enquanto as despesas totais do Inamps cresceram significativamente em mais de 50% entre 1981 e 1987.

Significativo acréscimo ocorre com as transferências feitas pelo Inamps a outros órgãos públicos, expressando a política de ampliação dos convênios com estados e municípios, particularmente por meio das AIS e do Suds – outra inovação institucional a partir de 1987. Esse gasto com transferências das despesas com assistência médica do Inamps salta de 5,7% em 1981 para 30,4% em 1987. Em contrapartida, as despesas relativas aos convênios com sindicatos e empresas vão perdendo importância, atingindo menos que 1% dos gastos em 1987, indicando seu desligamento do financiamento do setor público. Embora as normas que regulamentavam os convênios com empresas não tivessem sido revogadas, o Inamps deixou de fazer novos convênios na década de 80 e não renovou os antigos contratos. Ao mesmo tempo, reduziu-se o interesse das empresas pelos convênios em razão do valor pago pelo Inamps, que deixou de ser reajustado, tornando-se irrelevante, sem falar em outras restrições.¹³² Expressão da queda de importância dos convênios-empresa foi a diminuição dos recursos gastos com esses convênios, que caíram 86,6% entre 1981 e 1987, passando de US\$ 113,5 milhões para US\$ 15,2 milhões (Médici, 1990).

Ao mesmo tempo, o setor privado passou a buscar mercados alternativos, sendo o período caracterizado pela expansão do segmento privado de saúde, independente do financiamento público direto. Essa tendência passou a ser justificada em razão dos mecanismos considerados insatisfatórios de reajuste dos valores pagos aos prestadores privados em momento de acentuada inflação. Como expressão dessa insatisfação, ocorreu uma redução da proporção de estabelecimentos privados lucrativos conveniados com o Inamps de 64,6% para 52,8% entre 1980 e 1984.

¹³² De acordo com Alexandre Lourenço, da Abrange, em depoimento em audiência pública durante o processo constituinte, em 1987 o valor pago pelo Inamps era de R\$ 0,53 por funcionário assegurado, o que representava menos do que 1% do custo da assistência médica prestada pela empresa (DANC, 18/7/87).

Enfim, os projetos dos anos 70 e as reformas dos anos 80 constituem experiências de organizações alternativas dos serviços de saúde, em que se experimentam algumas propostas, como descentralização da gestão; integração das ações preventivas e curativas; expansão de cobertura de uma perspectiva universalizante, ou seja, desvinculada da condição de segurado da Previdência; participação comunitária; ênfase na atenção primária; articulação das ações de diferentes instâncias públicas; e fortalecimento do setor público. Mesmo que de alcance reduzido e sem significar uma alteração do modelo de assistência prevaiente, essas experiências e reformas mostraram um novo desenvolvimento institucional dos serviços de saúde, evidenciando a existência de uma articulação de atores em torno dessa mudança. Além disso, explicitaram o conflito entre diferentes concepções da assistência à saúde, que, *grasso modo*, podem ser chamadas de publicista e privatista. A concepção publicista, por sua vez, tinha variantes internas, sendo, por um lado, assumida por parte da burocracia pública que via o fortalecimento do setor público de uma perspectiva apenas racionalizadora e, por outro, constituindo-se como uma visão com objetivos ideológicos e políticos mais amplos no sentido da ‘democratização da saúde’ e de transformações mais globais, e se manifestava entre os técnicos integrantes do movimento sanitário.

Nesse momento, a democratização da saúde se confundia com a sua publicização, na medida em que se contrapunha ao modelo privatista da assistência médica que significava o *status quo*. Este era defendido pelos portadores da concepção ou ideologia privatista, característica dos principais dirigentes da instituição previdenciária que, por meio dos anéis burocráticos, defendiam os interesses empresariais do setor saúde. Tal embate intraburocrático é bastante claro no período e se estende dos anos 70 até a Constituinte. Apesar do fortalecimento das propostas publicistas, a trajetória da assistência nesse período é marcada pela expansão da assistência médica privada, que, conforme foi visto, na década de 80 amplia sua cobertura e seu âmbito de ação, favorecida por vários dispositivos governamentais e pela própria crise da assistência pública. O embate envolvendo as propostas alternativas exemplifica as conseqüências das políticas anteriores sobre o processo político, que não só atribuíram poder aos prestadores privados, mas definiram suas preferências durante a trajetória da política que os fez, em parte, dependentes do setor público para sua expansão.

O Processo Decisório da Reforma da Política de Saúde: marchas e contramarchas na mudança institucional durante a Constituinte

Após a derrocada do regime autoritário, com a ascensão do primeiro presidente da República civil após vinte anos de governos militares, num momento de constituição de um novo pacto social do país, cresceram as articulações em torno da redefinição da política de saúde, que, entre todas as políticas sociais, contava com uma proposta política e substantivamente bem mais articulada. O processo decisório da reforma foi precedido pela criação ou convocação de vários fóruns coletivos, nos quais se foi concretizando, de maneira formal e política, a proposta de transformação da política de saúde. O primeiro deles foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986 pelo governo federal com o objetivo explícito de obter subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Diferentemente das conferências anteriores,¹³³ também os usuários dos serviços de saúde foram convocados a participar. No clima de mobilização do período, a conferência contou com a participação de cerca de cinco mil pessoas, representantes de diferentes segmentos sociais, embora com a ausência dos prestadores privados, sendo considerada um marco na trajetória da reforma sanitária brasileira e do êxito do movimento sanitário em conformar a agenda da saúde. Em primeiro lugar, porque a ampla participação e a representatividade mostraram a visibilidade que a questão da reforma sanitária tinha atingido e a articulação política em torno dela; em segundo, porque o seu relatório final consolidava as propostas do movimento sanitário e formalizava o projeto da reforma.¹³⁴ Esse relatório foi a base para as discussões que se travaram na Constituinte e cujo resultado final foi a incorporação constitucional de alguns dos princípios básicos defen-

¹³³ As conferências foram instituídas em 1937 como instância decisória da política de saúde, tendo a primeira acontecido apenas cinco anos depois e as demais em intervalos irregulares, apesar da previsão de que fossem bienais.

¹³⁴ Rodrigues Neto (1997: 69-70) chama a atenção para o fato de que as conclusões da VIII Conferência “não conseguiram consenso no interior do movimento social na área da saúde, por duas vias extremas: uma, pela não inclusão das teses do setor privado de prestação de serviços de saúde que mesmo convidado, negou-se a participar da conferência; outra pela derrota, pelo voto da tese/tática da ‘estatização imediata’, defendida pelos setores sindicais ligados à CUT e pelo PT e PDT, principalmente”.

dados e difundidos pelo movimento sanitário, sintetizados na definição de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Um segundo fórum foi a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, constituída após a conferência, por decisão interministerial dos ministérios da Previdência, da Saúde e da Educação e composta de forma paritária por governo e sociedade civil, a quem coube a elaboração de uma proposta para a Constituinte na esfera de governo.¹³⁵ Agregando representantes do governo, dos trabalhadores e da iniciativa privada, essa comissão, apesar das divergências, conseguiu produzir uma proposta comum, formalizando as condições mínimas para a reforma sanitária, considerada um verdadeiro “pacto social na área da saúde” (Possas apud DANC, 17/7/87: 192).

A contrapartida da comissão governamental no âmbito da sociedade foi a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, criada com o fim de dar continuidade à articulação dos organismos da sociedade civil e de elaborar um Projeto Constitucional (Gerschman, 1995).¹³⁶ Tanto na Comissão quanto na Plenária, o movimento sanitário original se incorporou a um leque maior de entidades, constituindo-se numa frente de diferentes forças políticas em torno de um projeto. Com uma composição ampla, os conflitos ideológicos não tardaram a se evidenciar, substituindo o consenso maior verificado no período autoritário. A maior polarização no âmbito da Comissão da Reforma Sanitária se deu em razão da participação de representantes da iniciativa privada. Mas, além dessa polarização, evidenciaram-se os conflitos intra-segmentos no âmbito dos apoiadores da reforma. O Mops, durante o processo constituinte, vai sofrer

¹³⁵ A comissão era composta por 26 membros, representantes de ministérios (Saúde, Previdência e Assistência Social, incluindo aí Inamps, Educação e Cultura, Trabalho, Desenvolvimento Urbano, Ciência e Tecnologia); da Secretaria de Planejamento da Presidência da República; representantes das secretarias de saúde estaduais (incluindo o presidente do Conass) e municipais; representantes do Senado e da Câmara dos Deputados; das centrais sindicais (Contag, CGT, CUT); das centrais patronais (CNI, CNC, CNA); por prestadores privados de serviços de saúde (Confederação das Misericórdias, Federação Brasileira de Hospitais); profissionais de saúde (Federação Nacional dos Médicos, Associação Brasileira de Enfermagem); e representante da Associação de Moradores e Conselho Nacional das Associações de Moradores.

¹³⁶ “A Plenária Nacional de Entidades de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular (Mops e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB) e de representantes da Academia (ABRASCO, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas), além de entidades representativas setoriais como o Cebes, o Conass e o Conasems” (Escorel, 1998: 190).

grande cisão entre facções com perspectivas ideológicas distintas, e algumas delas se negavam a participar na construção de uma proposta governamental.¹³⁷ O próprio movimento sanitário como um todo vai apresentar fissuras no seu interior no embate entre reformismo e transformação, na medida em que o projeto socialista de ampla reforma do Estado que deu origem ao movimento foi sendo substituído por uma proposta de mudança na forma de intervenção estatal no setor saúde, com a alteração da política de saúde em direção da universalização do acesso e da descentralização. No decorrer do processo político, foram se ampliando as alianças, o que teve como uma consequência a redefinição do projeto inicial em torno de princípios sobre os quais foi possível obter um consenso maior (Gallo & Nascimento, 1989). No processo de constituição de uma proposta que pudesse ter efetividade política, as idéias do movimento sanitário foram reconfiguradas de forma a acomodar os interesses e as práticas consolidados. Nesse processo, várias idéias do movimento visando a uma maior alteração do Estado não conseguiram influenciar a política.

Paralelamente à discussão da reforma nos fóruns políticos, no âmbito governamental foi dado um passo no processo de mudança institucional, no sentido da unificação e descentralização do sistema de saúde, com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds). Propunha-se, por meio do Suds, a transferência dos serviços de saúde do Inamps, órgão federal vinculado ao MPAS, para os estados e municípios, juntamente com os instrumentos de controle sobre o setor privado, agilizando o processo de descentralização – um dos princípios básicos da reforma em discussão. Buscava-se também fortalecer o setor público, desestabilizar o Inamps, com a ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico (Mendes, 1993). O Suds foi aprovado em julho de 1987, quando a presidência do Inamps era

¹³⁷ “Uma facção é mais crítica e radical na sua visão do estado, referindo-se a ele como um espaço exclusivo das classes dominantes. Tem um discurso anti-estado [sic], rejeita qualquer ação estatal e considera que se houver medidas que favoreçam as classes mais pobres, elas terão por objetivo o controle social. Assume, conseqüentemente, uma postura mais ‘autonomista’ e de distanciamento da máquina estatal. A outra facção, ainda que caracterize o Estado como domínio da burguesia, não acredita que seja tão monolítico a ponto de não haver no seu interior fraturas através das quais seja possível pressionar e negociar para a obtenção de conquistas sociais em saúde” (Gerschman, 1995: 54). A luta ideológica interna levou a um esvaziamento e à desarticulação do movimento popular em saúde no final da década de 80, cujo último encontro de caráter nacional ocorreu em 1987.

ocupada por um membro histórico do movimento sanitário. Mas sua implantação gerou grandes resistências de várias frentes, tanto na burocracia pública quanto no setor privado, especialmente da FBH e, até, entre as elites políticas regionais. Desta forma, só teve resultados efetivos nos estados onde havia envolvimento dos dirigentes locais com a mudança. Expressão da fragilidade das propostas inovadoras no interior da burocracia governamental, mesmo quando formalmente se davam passos importantes no sentido de definir uma ampla reforma da política de saúde, é o fato de que menos de um ano depois de ter criado o Suds o presidente do Inamps foi demitido, juntamente com outros quadros do movimento sanitário que ocupavam posições relevantes na burocracia setorial.

As resistências ao Suds mostram as dificuldades de implantação efetiva de mudanças em um contexto político-institucional caracterizado pela constituição de fortes atores e interesses públicos e privados que ofereciam resistência a elas, como políticos, burocracia do Inamps e do Ministério da Saúde e o setor privado. Em reação às mudanças, esses atores que defendiam o *status quo* se rearticularam no momento em que, simultaneamente, aprovava-se o capítulo da saúde na Constituição, que institucionalizava as mudanças no sentido de universalização da atenção à saúde, unificação das instituições públicas, priorização do setor público e descentralização.

Com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, a atuação desses grupos e do movimento sanitário passou a privilegiar o processo parlamentar, num momento em que o Congresso se tornava mais permeável à influência da sociedade e se constituía como o *locus* decisório fundamental.¹³⁸ Isso se fez inicialmente na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, primeira etapa do processo de elaboração constitucional de acordo com o regimento aprovado.¹³⁹ A composição dessa comissão expressava as grandes

¹³⁸ Para Rodrigues Neto (1997), formaram-se durante o processo constituinte vários *lobbies*, entre os quais o do movimento sanitário, diferente apenas por sua afinidade com os interesses sanitários e populares, mas sem deixar de ser um *lobby*.

¹³⁹ Segundo o Regimento inicial da Constituinte, o processo constitucional tinha o seguinte trâmite: 1) subcomissões, em que em audiências públicas se debatiam com entidades da sociedade civil, lideranças e dirigentes institucionais as reivindicações e propostas e se elaborava um relatório apresentado como anteprojeto para a fase seguinte; 2) comissões temáticas, encarregadas de elaborar o anteprojeto com base nos relatórios apresentados pelas subcomissões; 3) comissão de sistematização, encarregada de elaborar o projeto de Constituição para ser discutido, emenda-do e votado pelo plenário; e 4) plenário da constituinte.

clivagens de interesses, polarizados entre os adeptos das propostas do movimento sanitário, que defendiam a ampliação da rede pública e a participação secundária e transitória de instituições privadas, com prioridade para as instituições filantrópicas, e os defensores da iniciativa privada, da livre escolha, do pluralismo do atendimento e da liberdade de atuação do setor privado. Claramente no processo constituinte se explicitaram as duas visões antagônicas sobre a assistência à saúde, definidas como estatizante e privatizante. Se a primeira representava a perspectiva inovadora dos atores que se articulavam em torno da reforma do sistema de saúde, a segunda representava os interesses e concepções forjados na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback* do sistema de saúde vigente há mais de duas décadas.

As audiências públicas realizadas no âmbito da subcomissão expressaram as mesmas clivagens e constituíram-se como a arena em que se explicitaram e se articularam os diferentes atores com interesses na saúde. Fato notório era que apenas os defensores das idéias do movimento sanitário tinham propostas mais elaboradas, fruto de um longo processo de desenvolvimento teórico e de articulação política, de tal forma que, em linhas gerais, as principais propostas definidas na VIII Conferência Nacional de Saúde como símbolo do movimento sanitário seriam reforçadas por diferentes categorias, como a CUT, sindicatos de profissionais de saúde e Conselho Federal de Medicina, além de grande parte dos constituintes integrantes da subcomissão. O movimento pôde utilizar seus conhecimentos como recurso de poder no processo de tomada de decisões, os quais naquele momento do processo constituinte puderam ser utilizados para definir alternativas. Entretanto, a possibilidade de alteração brusca do sistema de saúde com base nessa proposta suscitou a mobilização e evidenciou o peso e a capacidade de articulação tanto dos representantes das instituições privadas (medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras) como dos prestadores de serviços privados, unidos na defesa do pluralismo das formas de atendimento à saúde e da liberdade de escolha. Enfatizando a maior eficiência do setor privado *vis-à-vis* ao público, esses setores reagiram contra a proposta de reforma, defendendo a estrutura institucional vigente. Os diferentes atores, representantes das duas visões, são sumarizados por Rodrigues Neto (1997: 72):

As considerações e propostas feitas aos constituintes podem ser divididas em três grupos:

- as derivadas e orgânicas com a 8ª conferência, apresentadas pela CNRS, pelo CONASS e pelas entidades sindicais, associações profissionais, conselhos federais, ABRASCO, CEBES, entre outras;
- aquelas em defesa da ‘prática liberal’ e da iniciativa privada, representadas pela AMB, FBH, cooperativas médicas, entre outras;
- e as institucionais, especialmente representadas pelas posições dos Ministros da Saúde e da Previdência Social, cada qual na defesa da preservação e valorização corporativa da sua pasta.

Entre os interesses institucionais corporativos mais relevantes estava a questão da unificação das instituições de saúde, que significava a absorção do Inamps pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, a perda de poder do MPAS, até então responsável pela assistência à saúde previdenciária. Durante e após o processo constituinte, a questão da extinção do Inamps dentro da proposta do Sistema Único de Saúde e como conseqüência da unificação dos órgãos responsáveis pelas ações de saúde, rompendo com a segmentação institucional histórica que caracterizara a política de saúde, foi objeto de acirrada resistência por parte dos seus dirigentes.

Apesar dessas divergências, o relatório aprovado na subcomissão, cuja elaboração contou com a participação de assessores ligados ao movimento sanitário, em geral, expressou as suas propostas, aprovadas por ampla maioria. Entretanto, no âmbito da comissão temática – no caso, a saúde integrava a Comissão da Ordem Social na segunda etapa do processo constituinte – houve maior polarização, sendo que o setor privado dispunha de maior número de representantes. Mesmo assim, o movimento sanitário conseguiu aprovação de suas propostas fundamentais. Uma novidade foi a incorporação da saúde à seguridade social, sem a constituição de financiamento específico para a saúde, como pretendia o movimento sanitário, decisão que posteriormente se revelaria um estrangulamento da implantação da reforma.

A fase seguinte do processo constituinte, quando se passou à elaboração, no âmbito da Comissão de Sistematização, do anteprojeto e de projetos para discussão no plenário e posterior aprovação do texto definitivo, foi marcada por conflitos e maior mobilização popular, em razão da possibilidade de apresentação de emendas populares. Foi nesse momento que se organizou a Plenária de Saúde, com o objetivo de colher assinaturas para uma emenda da saúde.

Se, por um lado, isso significou a incorporação de novos atores na defesa das propostas relativas às mudanças na saúde, por outro evidenciou a distância do movimento sanitário dos movimentos populares, uma vez que conseguira agregar poucos aliados fora das academias e corporações (Rodrigues Neto, 1997). Se a emenda originária da Plenária conseguiu menos de sessenta mil assinaturas, outra apresentada pelas entidades representativas dos interesses privados no setor – FBH, ABH, Abramge, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde e Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade – obteve cerca de setenta mil, indicando a agilidade e a capacidade organizativa desses interesses.¹⁴⁰ Além da defesa do livre exercício profissional e do pluralismo de sistemas médico-assistenciais, essa emenda propunha a livre opção do indivíduo entre diversos sistemas de saúde, em confronto direto com as propostas aprovadas nas etapas anteriores. Mas o projeto aprovado na Comissão de Sistematização contemplou os principais pontos da proposta do movimento sanitário, apesar de ter sofrido vários cortes no decorrer do processo.

Entretanto, na votação em plenário – etapa final do processo decisório na Constituinte – vão se polarizar os diversos grupos de interesses. No caso da saúde, divididos, de um lado, na defesa do setor público e do sistema único e, de outro, em torno à crítica ao que consideravam como estatização, que unia o setor hospitalar privado, a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os representantes da medicina liberal. Esse segundo grupo, entretanto, apresentava clivagens internas e se diferenciava em relação a outros aspectos, particularmente em relação à autonomia ou não ante o Estado, nesse último grupo se situando o setor hospitalar privado contratado pelo setor público (Rodrigues Neto, 1997: 83):

Ao setor hospitalar privado contratado (ou contratável) interessava o aumento da receita da Seguridade Social e uma estratégia de organização dos serviços que viabilizasse a sua participação nesses recursos, sem subordinação técnica ou administrativa ao poder público. Pelo contrário, ao setor de pré-pagamento interessava a possibilidade de captação direta dos recursos sem a intermediação do Estado, isto é, sem passar pelo ‘caixa’ da Seguridade Social; para tal seria necessário a não

¹⁴⁰ Rodrigues Neto (1997) compara com outras emendas populares, como a da Reforma Agrária, que obteve mais de três milhões de assinaturas, e a do Ensino Público, que teve mais de um milhão.

compulsoriedade de contribuição para a Seguridade Social e a possibilidade de o Estado transferir a esse setor parte da sua responsabilidade na cobertura assistencial.

Insatisfeitos com o regimento interno, que dificultava alterações globais do projeto da Comissão de Sistematização, parlamentares mais conservadores, reunidos no grupo que foi denominado de ‘Centrão’, conseguiram alterar o regimento em pleno processo de votação em plenário. A partir daí e com base nas reivindicações do setor privado, representado por esses mesmos parlamentares, foram apresentados substitutivos que contrariavam completamente o anteprojeto anterior e, mesmo, a política de saúde em vigor. Seguiu-se uma fase de debates e negociações acirradas, além de intensa mobilização tanto por parte da plenária de saúde quanto dos representantes do setor privado. O centro da discussão era a definição da “natureza pública ou não dos serviços de saúde, com suas implicações decorrentes sobre o relacionamento entre os setores públicos e privados” (Rodrigues Neto, 1997: 84). O acordo que se conseguiu contemplou de um lado as reivindicações do setor privado, explicitando-se o direito da iniciativa privada de participar das ações de saúde, e de outro as do movimento sanitário, incluindo a exigência de contrato público para a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde. A adoção do contrato público como regra jurídica de relacionamento entre o Poder Público e as instituições privadas de assistência médica indicou a soberania do Poder Público e do interesse coletivo em detrimento de interesses particulares.

Como aspectos fundamentais do texto constitucional aprovado em outubro de 1988, destacam-se: a adoção de um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica; o estabelecimento da saúde como direito social universal; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; e a criação de um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade. O texto constitucional refletiu os acordos entre diferentes atores, com participação importante dos constituintes que eram apoiados por pessoas e grupos que vinham construindo o projeto da reforma sanitária. Outros segmentos, particularmente o de planos e seguros privados, conseguiram resguardar a liberda-

de de atuação da iniciativa privada no campo da assistência à saúde, ficando fora da agenda a interferência sobre o setor privado. Isso aconteceu apesar de a saúde ter assumido a condição de função pública ao definir suas ações e serviços como de relevância pública, reafirmando-se, assim, as prerrogativas do Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle, independentemente do regime de propriedade do provedor (Fleury, 1997). Além disso, a Constituição vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos, mas não tratou da questão dos subsídios indiretos ao sistema de saúde privado, que permaneceu no campo das não-decisões, preservando, portanto, o estado de coisas vigente.

O acordo entre os interesses diversos, que foi possível construir na Constituinte, traduziu-se nas ambigüidades do texto constitucional, levando, na expressão de Mendes (2001: 96), “a uma dualização jurídica”, ao criar-se um sistema público de inspiração socialista no artigo 196, em razão de um ideário do movimento sanitário de estatização progressiva do sistema de saúde, e ao mesmo tempo, no artigo 199 – que afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada –, abrir-se espaço para a expansão do sistema supletivo e da medicina liberal. A flexibilidade e a liberdade de atuação no mercado como consequência da ‘não-decisão’ de regulamentação durante o processo constituinte permitiram ao setor privado o desenvolvimento de diferentes alternativas e estratégias para captação de clientela. No mesmo artigo 199 garantiu-se a participação do setor privado no SUS em caráter complementar, aludindo-se isso à prestação de serviços. Ao se considerar a participação complementar, a proposta era priorizar a rede pública e a privada sem fins lucrativos.¹⁴¹

Paradoxalmente, ao mesmo tempo que a Constituinte reforçava o setor público na prestação de serviços de saúde, as reformas desencadeadas no âmbito da Previdência Social sofriam grande retrocesso e os representantes

¹⁴¹ Depoimento do presidente da Abrange-MG é esclarecedor do embate que se travou durante o processo constituinte entre as duas posições antagônicas: “Nós tivemos na Assembléia Constituinte uma atuação muito importante, porque sentíamos naquela época uma tendência estatizante muito grande. (...) E nós tivemos muita dificuldade; tivemos que fazer muito conchavo político para criar o artigo 199 da CF/88, porque no momento em que tivéssemos só o artigo 196 a iniciativa privada ficaria praticamente fora da atividade, pois nem citada ela foi. Nós conseguimos reverter esse quadro e criamos o art. 199, que garantiu à iniciativa privada a permanência de suas atividades” (entrevista realizada com José Fernando Rossi em outubro de 2002).

do movimento sanitário perdiam espaços institucionais conquistados anteriormente, não permanecendo, após 1988, nenhum deles em cargos de direção. Embora as tentativas de transformação do sistema de saúde com a ocupação de espaços institucionais tenham produzido avanços no sentido da reforma sanitária, estes foram difíceis de serem mantidos no âmbito burocrático.

Isso reflete a mudança de rumo que caracteriza o segundo momento do primeiro governo civil, no qual as preocupações sociais no sentido de ampliação da democracia substantiva que tiveram força na primeira fase do governo serão substituídas pelas propostas conservadoras que tinham caracterizado o período autoritário. Tal situação, em grande medida, reflete o processo de democratização do país, caracterizado como um pacto interelites, a maioria delas sendo as mesmas que integraram o governo autoritário. No caso da saúde, não será diferente, e a reforma constitucional vai conviver com o recrudescimento de propostas conservadoras e privatistas, vinculadas aos interesses consolidados na trajetória da assistência. Com isso, ocorre um retrocesso nas mudanças institucionais que tinham começado a ocorrer após a criação do Suds no sentido da descentralização, integração institucional e reforço ao setor público na prestação de serviços, ao lado da saída de quadros políticos reformistas da Previdência Social. Será nesse quadro que se dará início nos anos 90 à implantação da reforma definida no plano jurídico-formal.

A Implantação da Reforma na Década de 90

No processo decisório que levou à mudança nas regras da assistência à saúde de caráter público, fizeram-se sentir os efeitos das políticas anteriores sobre o processo político na medida em que, ao configurar os interesses privados, as decisões anteriores alteraram o conflito político. No confronto entre ‘novos’ e ‘velhos’ atores, entendidos os últimos como aqueles constituídos no percurso da política de saúde, é que foram feitas as escolhas que definiram as novas regras formais, as quais permitiram a convivência da mudança com a continuidade. As ambigüidades do texto constitucional, que mesmo reforçando a atuação estatal preserva as formas privadas de assistência, refletem o ajustamento entre as alternativas inovadoras e os padrões consolidados.

No momento de implantação da reforma essas ambigüidades se farão sentir e, juntamente com outros efeitos das políticas prévias, colocarão limites à implantação de um sistema de saúde efetivamente público, universal e único, conforme definido na Constituição. Passada a conjuntura especial de reordenação político-institucional do país, caracterizada por ampla mobilização em torno da democratização que favoreceu a articulação de atores diversificados, resultando em alterações substantivas nos princípios e ordenamentos da política de saúde, na década de 90 impôs-se a tarefa de transformar os dispositivos formais/legais em realidade. Mais do que uma mera tradução prática de decisões, a implantação da reforma se mostrou, de fato, como um processo ainda de formulação da política de saúde, cujo resultado será a consolidação de um sistema híbrido – público e privado – no caso da assistência à saúde, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito.

Para a análise desse processo, parte-se aqui do pressuposto de que a implantação de uma política exige decisão e iniciativa governamental, instrumentos para efetivá-la, entre eles a disponibilidade de recursos financeiros, e suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente pela política. Nesta seção serão analisadas as possibilidades de atendimento dessas exigências para a implantação do SUS, interpretando-as com base na confluência dos efeitos da trajetória da política de saúde com fatores conjunturais de natureza econômica e política, em contexto de reformas econômicas e desfavorável à ampliação da atuação do Estado e de políticas universalistas. Os efeitos de *feedback* da configuração de uma determinada estrutura institucional para a assistência à saúde se manifestam de várias maneiras, afetando a disposição e a capacidade governamentais e conformando as preferências e a interpretação da realidade dos atores que poderiam dar suporte político mais ativo à implantação da reforma da saúde. Expressando essa trajetória, sugere-se que a implantação do SUS vai ser um processo cheio de contradições, no qual, ao mesmo tempo que o Sistema Único de Saúde de fato se institucionaliza e se torna uma realidade, contando inclusive com o apoio de outros atores constituídos a partir dele, sua implantação se faz em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando sua concepção. Paralelamente, essa análise indica outras características da dinâmica política brasileira, particularmente a distância entre o plano legal e a realidade, e a

forma de relacionamento Executivo/Legislativo na situação de consolidação da democracia.

As condições políticas de implementação da reforma

O contexto político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável após sua consagração constitucional. A transição democrática no país se deu com a manutenção no poder das mesmas forças políticas conservadoras ligadas ao regime anterior, sendo que os grupos indutores da reforma, particularmente os partidos e lideranças de esquerda e parcelas dos movimentos populares, não tinham ampliado de forma considerável seu poder relativo e também não contavam de forma efetiva com antigos apoiadores do período de transição, como a categoria médica. A configuração conservadora dos governos que se sucederam no período da transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais. Do questionamento da universalização de direitos proliferaram propostas de focalização do gasto público nos setores mais pobres da população, deixando para o mercado a produção de serviços sociais destinados aos setores mais favorecidos.¹⁴² Como afirma Draibe (1995), antes que se implementassem as diretrizes da agenda de reforma social da transição democrática esgotaram-se os conteúdos de suas proposições e, ao mesmo tempo que teoricamente avançava a implementação, desenhava-se outra agenda de reformas.

Ao processo de democratização se seguiram os de ajuste e estabilização econômica, acompanhados das reformas estruturais iniciadas no governo Collor, que iam em sentido inverso à ampliação das atribuições governamentais e dos direitos sociais recém-consagrados na Constituição, em sintonia com o receituário internacional. A conjuntura de crise fiscal, com suas conseqüências sobre

¹⁴² Uma boa síntese dos principais diagnósticos e recomendações de políticas sociais elaborados pelas agências multilaterais atuantes na América Latina é feita por Lopes (1994). Particularmente, as recomendações do Banco Mundial sugerem que o gasto social deve ser focalizado nos estratos mais pobres, especialmente em período de crise, sendo que a universalização é injusta ao beneficiar pessoas com necessidades e recursos diferenciados. Um exemplo de análise prescritiva das formas de intervenção do Estado no setor saúde com base no enfoque do Banco Mundial é encontrado em Musgrove (1996). A idéia defendida é que, exceto para os pobres, a intervenção pública na assistência à saúde deve ser limitada e com menor financiamento público.

o financiamento dos serviços públicos, associada com o fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, não se mostrou favorável à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização efetiva. Ao se traduzir na redução do gasto público, funcionou como freio objetivo e ideológico à atuação redistributiva do Estado. Particularmente o governo Collor, que assumiu em 1990 com o primeiro presidente eleito após o regime autoritário, foi caracterizado por tentativas de desmontar as políticas sociais e pelo desaparecimento do Estado, afetando o andamento da reforma sanitária definida no plano legal.

A regulamentação do texto constitucional foi retardada, existindo setores contrários à implementação do SUS dentro do próprio governo, além de divergências intraburocráticas na forma de sua operacionalização. Foi necessária forte atuação dos grupos pró-reformas com os parlamentares para se conseguir a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que só ocorreu dois anos depois da promulgação da Constituição e em duas etapas (leis 8.080/90 e 8.142/90), demonstrando o embate político necessário para tornar o SUS realidade. Aprovada uma primeira versão (lei 8.080/90), a Lei Orgânica teve artigos importantes vetados pelo presidente da República, e somente após pressão e articulação da Plenária das Entidades de Saúde e de outros órgãos, particularmente o Conasems, é que foi apresentado e aprovado novo projeto de lei (lei 8.142/90) contemplando a regulamentação dos dispositivos constitucionais vetados anteriormente.¹⁴³ No conjunto, essa legislação se limitou ao sistema público de saúde deixando de regular o sistema privado autônomo. Os mesmos grupos que atuaram na Constituinte – particularmente governo, movimento da reforma sanitária, secretários municipais e empresários de saúde – buscaram influenciar o processo de tramitação da Lei Orgânica, negociando com os parlamentares no âmbito da Comissão de Seguridade Social.

Na regulamentação da Lei Orgânica, por meio de uma Norma Operacional, foram estabelecidos mecanismos que, de acordo com a avaliação de muitos autores (Carvalho, 1996; Gerschman, 1995) representaram um retrocesso em relação à Constituição, além de contrariá-la. Entre eles, mantinha-se a

¹⁴³ Os artigos vetados referiam-se à participação social via conferências e conselhos, à transferência automática de recursos para estados e municípios, além da extinção do Inamps e da descentralização de órgãos como a Superintendência de Campanhas (Sucam) e a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) – redutos conservadores nas instituições de saúde.

gestão de recursos da saúde pelo Inamps, instituição-símbolo do modelo assistencial anterior, transferido para o Ministério da Saúde em 1990, mas que só foi extinto formalmente em 1993.

Em 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, que exerceu um papel importante no sentido de mobilizar a sociedade pela implementação da reforma. O evento teve efeitos positivos, pois após a conferência o Executivo, pressionado, deu início ao processo de operacionalização do SUS. O tema central da conferência foi a municipalização, uma das diretrizes básicas da reforma e politicamente considerada um mecanismo institucional fundamental para tornar “a Reforma menos vulnerável ao nível central de decisão” (Gerschman, 1995: 140). Ao propiciar deslocamento de poder e facilitar a participação da sociedade na gestão, a descentralização poderia garantir a sustentabilidade da reforma.

O Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) assumiu a coordenação da comissão organizadora da conferência, tendo sido então o ator que demonstrou maior estruturação e articulação política. Desde a década de 80, o movimento municipalista em saúde¹⁴⁴ vinha se organizando, alimentado por experiências de saúde bem-sucedidas em alguns municípios e pelo fortalecimento dos municípios em consequência da experiência das AIS, que possibilitou a constituição de uma rede de contatos entre secretários municipais de saúde. A criação do Conasems como órgão de representação nacional ocorreu após já terem sido criadas entidades congêneres em alguns estados. No final da década de 80, foram realizados vários Encontros de Secretários Municipais de Saúde de caráter regional e nacional, que tiveram grande repercussão política e reforçaram o movimento em prol da reforma sanitária, a partir do eixo da municipalização. O movimento de secretários municipais será bastante fortalecido após a reforma constitucional, que colocou o município como ator central na política de saúde.¹⁴⁵ Como a reforma tinha como

¹⁴⁴ Por movimento municipalista de saúde se entende “a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações no Setor Saúde” (Muller, 1991, *apud* Goulart, 1996: 15).

¹⁴⁵ De acordo com depoimento de Eugênio Vilaça Mendes em 1995 (Goulart, 1996: 67), se a VIII Conferência tinha sido “feita e conduzida por uma elite de doutrinadores, um grupo restrito de pessoas, o chamado Movimento Sanitário (...) a IX foi feita por um conjunto de atores sociais emergentes, verdadeiros novos atores. Quem são? Os secretários municipais de saúde que amarraram a Conferência, que a bancaram e sinalizaram o tema”.

uma de suas diretrizes a descentralização, que tomou a forma de municipalização, o Movimento Municipalista da Saúde obteve apoio da Frente Nacional de Prefeitos, que viu na implantação do SUS a possibilidade de obtenção de recursos e de maior autonomia aos gestores municipais. A ênfase na descentralização levou, assim, à adesão dos secretários municipais de saúde e prefeitos à reforma sanitária – nem sempre por motivações ideológicas, mas muitas vezes pela possibilidade de captação de recursos.

Isso significa que no processo de implementação do SUS atores governamentais de âmbito local foram incorporados como seus apoiadores.¹⁴⁶ Ao mesmo tempo, atualizaram-se as divergências dos interesses em jogo no setor saúde, que durante o movimento pela redemocratização do país tinham sido escamoteados por causa da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária. Na implantação da reforma, o jogo político se daria muito mais em razão das demandas derivadas de interesses específicos, e não mais com base em um projeto ético de caráter coletivo. A desarticulação das discussões travadas no âmbito da IX Conferência desnudou a

heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos do movimento social em saúde, à qual se agregou a fragilidade do ‘Movimento Sanitário’ – numa fase de declínio, depois de ter conseguido, durante mais de dez anos, exercer a condução do movimento social em saúde – e a ausência de uma orientação política reconhecida pelo conjunto do movimento social em saúde. (Gerschman, 1995: 144)¹⁴⁷

¹⁴⁶ Depoimento de Gilson Carvalho, um dos principais expoentes do Movimento Municipalista da Saúde, em 1995, parece sugerir uma intenção mais formal do que real de se implantar o SUS: “Eu tenho uma hipótese: na aprovação do SUS na Constituição de 88 e também na LOS, a classe política não imaginava os desdobramentos do que se propunha, pois nosso movimento ainda era fraco e pouco respeitado. E havia a grande dificuldade de se contar com gente, quadros que pudessem levar a proposta adiante. E também ter recursos para tanto. Mas o movimento [municipalista] surpreendeu a todos, que ‘não imaginavam que nós poderíamos tirar a realidade do papel e fazer o SUS’” (Goulart, 1996: 68, destaque meu).

¹⁴⁷ Stralen (2000: 36) sintetiza bem as dificuldades políticas de implantação do SUS: “não há dúvida de que a construção de um sistema de saúde com acesso universal e equitativo tem como condição *sine qua non* um amplo arco de alianças. Era também isso que faltava ao movimento [sanitário]. Além de enfrentar oposição ferrenha do setor privado, o movimento, cuja unidade era forjada principalmente pela existência de um inimigo comum – a ditadura militar –, de fato não contava com o apoio massivo da corporação e nem dos sindicatos de trabalhadores de empresas de ponta. Quanto à corporação médica, faltou uma política de cooptação tal como realizada por exemplo na Inglaterra e Suécia quando ali foram criados sistemas públicos de saúde. E quanto aos sindicatos, prevalecia a preocupação com a garantia de assistência médica a princípios ideológicos. Assim, o avançar do processo de (re)democratização que colocou em evidência interesses divergentes e conflituosos contribuiu à morte lenta e segura do movimento sanitário.”

Entre as principais alterações do movimento sanitário no momento de implantação da reforma, destacam-se: as divergências partidárias em decorrência do fortalecimento e da diversificação das identidades partidárias propiciados pela democratização; o distanciamento da academia da prática política, que tinha sido o elemento impulsionador do movimento; e as modificações dos movimentos dos profissionais de saúde, com o deslocamento do eixo das lutas políticas dos sindicatos para os conselhos de medicina e com o distanciamento ideológico dos princípios da reforma sanitária concomitante ao aprofundamento do corporativismo, passando a se orientar por questões mais pragmáticas relativas ao exercício da profissão (Gerschman, 1995). Com a despolitização das instituições médicas no final da década de 90, na conjuntura de pós-transição, as profundas diferenças na categoria inviabilizaram a possibilidade de uma ação unificada, e o movimento médico se distanciou do projeto básico da reforma sanitária no momento crucial de sua implementação. Após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário não teve mais uma atuação contínua e regular na legislação infraconstitucional, afastando-se do debate parlamentar (Rodrigues Neto, 1997).

Por sua vez, o movimento popular em saúde já se esvaziara desde a década anterior, em razão de suas cisões internas, e não foi capaz de garantir o apoio dos usuários dos serviços de saúde à reforma constitucional. Contribuiu para isso não apenas a fraca mobilização política do Mops, mas a própria característica da reforma, que fez com que os seus benefícios fossem muito dispersos e só perceptíveis a longo prazo pelo conjunto da população, o que levou os responsáveis pela reforma a não poderem contar com o apoio mobilizado do público-alvo da política de saúde. O baixo grau de envolvimento dos usuários limitou também a constituição de mecanismos de pressão e resistência diante dos obstáculos postos à implementação da reforma, particularmente a contenção sistemática de gastos com o setor (Fundação João Pinheiro, 1999).

Acresce-se a isso o fato de que alguns atores, apesar de garantirem o apoio formal à reforma sanitária, não se constituíram de fato em seus apoiadores efetivos, mergulhados nas contradições entre a postura ideológica igualitária e a defesa de seus interesses corporativos. Entre esses, destaca-se o movimento sindical mais combativo, no âmbito tanto do setor privado quanto

do público, cujas categorias, em grande parte cobertas por planos privados de saúde, no âmbito das empresas e instituições públicas, não seriam diretamente beneficiadas com a implantação do SUS. Na medida em que a assistência privada possibilita maior facilidade de acesso, esses atores não têm incentivos concretos para apoiar de forma mais efetiva o sistema público.

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde, no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados. Como destaca Mendes (2001), as reformas sanitárias têm um forte componente ideológico e expressam valores sociais vigentes que, *grosso modo*, opõem-se entre valores individualistas e auto-interessados e valores solidaristas.¹⁴⁸ No caso brasileiro, a reforma sanitária foi de inspiração claramente solidarista e com pretensões transformadoras que extrapolavam o setor saúde. Entretanto, não se pode dizer que esses valores estavam generalizados tanto na elite governante como na sociedade organizada. Ao contrário, como herança de políticas anteriores, tinham se desenvolvido práticas e, conseqüentemente, valores pouco solidaristas, e não se constituía uma demanda de atenção universal entre os segmentos organizados dos trabalhadores. A origem da Previdência Social no país, na qual se inseriu a assistência médica, não foi o resultado da constituição prévia do sentimento de pertencimento a uma comunidade, mas sim uma forma de o governo getulista buscar apoio de setores até então excluídos do jogo político pela via da corporativização das demandas dos trabalhadores. A história do alargamento dos benefícios previdenciários, entre eles a assistência médica, é também uma história de pressões dos trabalhadores mais organizados no

¹⁴⁸ O sentido das reformas é dado pelos valores, entendidos como sistemas de crenças, sendo que a estabilidade dos sistemas sociais, entre eles o de saúde, resulta da coerência entre os valores sociais e as estruturas simbólicas e materiais desses sistemas. Em cada caso há também, conseqüentemente, uma concepção do papel do Estado e do mercado no financiamento, regulação e prestação dos serviços. Nos sistemas de saúde baseados nos valores individualistas tendem a prevalecer mecanismos de mercado pela via da competição, com a conseqüente constituição de sistemas segmentados que segregam diferentes clientela e no qual cada segmento exerce as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços. Prevalecendo valores solidaristas, a tendência é por uma participação diferenciada no financiamento e no acesso de acordo com as capacidades econômicas e nível de risco, oferecendo serviços com base na necessidade e mediante subsídios cruzados. Os sistemas de saúde baseados nesses valores tendem a ser públicos e universais. O modelo segmentado se expressa em alto percentual de população coberta por sistemas de seguros privados e por baixa participação relativa dos gastos públicos sobre o gasto total em serviços de saúde (Mendes, 2001).

sentido de obter ganhos diferenciados para cada categoria, situação propiciada pela própria configuração institucional da Previdência Social, construída da segmentação por categorias. Conquistas ou concessões de benefícios sociais diferenciados faziam parte do jogo político e eram usadas como moeda de troca, não tendo se constituído em um projeto de cidadania inclusiva.

Essa origem da assistência calcada na diferenciação, primeiro no âmbito da assistência pública por meio dos IAPs e posteriormente em razão da distinção entre trabalhadores cobertos por planos empresariais e cobertos pela assistência pública, não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e uma de valores que enfatizassem a solidariedade e o igualitarismo que pudessem dar suporte à reforma, que, pelo seu caráter redistributivo, demandaria coalizões mais amplas.¹⁴⁹ O projeto de ruptura no padrão de intervenção estatal na área da saúde se confrontou com o desenho histórico da cidadania regulada, além do que a reforma foi feita com a constituição de alianças políticas restritas e sem a participação decisiva de atores fundamentais, como os trabalhadores organizados, caracterizando um modelo de construção de reformas pelo ‘alto’, típico da transição brasileira,¹⁵⁰ ao mesmo tempo que não existia “um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e da exclusão como o cerne da questão democrática” (Fleury, 1997: 34).

Essa situação criaria grandes obstáculos para a concretização da agenda redistributiva, reafirmando o modelo segmentado de assistência médica no qual os principais beneficiários eram exatamente os trabalhadores das grandes empresas da região Sudeste, onde também se desenvolveu o movimento sindical mais ativo. Analisando as reivindicações de trabalhadores na década de 80, período de afirmação do projeto da reforma universalista, Costa (1995) identificou a constituição de arenas em que atores sociais buscaram assegurar formas privilegiadas e exclusivas de acesso a benefícios sociais, entre eles a

¹⁴⁹ Paci (1986, *apud* Vianna, 1998) destaca que o papel fundamental da oferta pública de bens e serviços vai além de seus efeitos redistributivos e incide diretamente sobre o sistema de valores dominantes na sociedade, introduzindo elementos de igualitarismo e solidariedade.

¹⁵⁰ Depoimento de um participante do movimento da reforma sanitária, do sindicato médico, é elucidativo da fragilidade da participação do movimento sindical: “é importante frisar que o movimento sindical de trabalhadores urbanos (bancários, metalúrgicos, etc.) participaram [*visz*] da luta pela reforma sanitária de uma forma secundária, não como um interesse central. Os trabalhadores dos sindicatos e das categorias mais avançadas, no Brasil, nunca estiveram interessados no sistema sanitário público. E isso debilitou profundamente a luta sanitária no Brasil” (Sindicato dos Médicos, 2000).

assistência médica. Entre os benefícios indiretos que muitos trabalhadores foram capazes de conseguir no período 70/80 figuraram os planos de saúde, potencializando o desenvolvimento de uma oferta diferenciada e estratificada de serviços para os segmentos de maior poder de barganha, na contramão do projeto universalista e gerando uma tensão com essa agenda publicista. Nas décadas de 80 e 90, a demanda por assistência médica diferenciada da pública transformou-se em item da agenda de negociação coletiva.¹⁵¹

Paradoxalmente, essa agenda auto-referida das representações sindicais ocorreu num contexto de institucionalização da representação sindical nos fóruns de gestão e formulação das políticas de saúde. Embora nesses fóruns formais teses publicistas fossem defendidas, na ação concreta constituíram um ‘veto implícito’ ao modelo público e universal e fortaleceram a assistência diferenciada prestada pelas empresas.¹⁵²

¹⁵¹ Essa idéia foi reforçada em entrevista com a diretora de saúde do Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações (Sintel) e membro do Coletivo de Saúde da CUT-MG, realizada em dezembro de 2002, que identifica uma ‘cultura de planos de saúde’, os quais se tornaram uma demanda dos trabalhadores, que dificilmente encontra resistência das empresas. Para Costa, um determinante dessa tendência é a opção ativa pelo atendimento diferenciado das organizações que articulam interesses, como os sindicatos e as associações profissionais e funcionais, associada a uma ‘cultura da diferenciação’, que estaria na gênese da cultura associativa sindical. Para corroborar sua hipótese, utiliza dados de convenções coletivas de 1989 e 1990, nas quais não aparece nenhuma referência às políticas de saúde que considerem a população fora do processo produtivo, embora elas contenham pautas de saúde do trabalhador extremamente inovadoras. Nas convenções de quatro sindicatos de São Paulo, estão incluídos entre as cláusulas de saúde os convênios médicos. Em outros acordos identificou a preocupação de garantir o direito à assistência no caso de perda de emprego, o que indicaria que a demanda por serviços supletivos de saúde tornou-se um componente implícito das negociações entre capital e trabalho, em um distanciamento ativo da agenda publicista. Além disso, Costa (1995) cita uma pesquisa da Central Única dos Trabalhadores (CUT), s.d., que revela que quase metade dos sindicalizados da Grande São Paulo dos setores metalúrgico, químico, construção civil, têxtil, bancário, comerciário e transporte coletivo identificava como principal motivo para entrada no sindicato a possibilidade de acesso a serviços sociais.

¹⁵² Questionando Costa, Bahia (1999) considera que as reivindicações que ele identifica nas pautas de negociação de sindicatos são, provavelmente, para manutenção/renovação/ampliação de cobertura de planos já existentes e menciona estudos das convenções coletivas de trabalho de algumas categorias em São Paulo onde não constam os planos/seguros privados de saúde (Checcia, 1996; Almeida, 1980). Para ela, “as informações imprecisas sobre a participação dos sindicatos de trabalhadores no estímulo aos convênios das empresas empregadoras com empresas médicas e seguradoras não permitem atestar uma *opção ativa* movida por uma estrutural e genética cultura pela diferenciação inerente ao associativismo brasileiro. Formalmente, a assistência médica suplementar não parece resultar de ‘uma conquista’ pós-explicitação de conflitos entre empregados e empregadores e sim da *opção espontânea* das empresas” (Bahia, 1999: 30, grifos da autora). Entretanto, o mesmo argumento arrolado por Bahia para questionar Costa pode também ser considerado válido para a sua interpretação que parte de uma suposição. A carência de dados sobre a data de origem dos planos de saúde de empresa que possam ser confrontados com as convenções coletivas não permite validação de nenhuma das hipóteses, embora os argumentos de Costa sejam logicamente bastante consistentes e corroborados por outros dados.

A postura oficial do movimento sindical mais combativo, representado pela Central Única dos Trabalhadores, foi e continua sendo de defesa do sistema público e de diretos igualitários, embora na prática isso não venha se traduzindo em uma mobilização mais efetiva pela concretização dos princípios do SUS. A discussão da saúde no cotidiano dos sindicatos tem se centrado nas questões da saúde do trabalhador, vinculadas às condições de trabalho e aos benefícios previdenciários, que passaram a consumir muito das energias do movimento sindical, em face da sua vulnerabilidade e do acúmulo de perdas com o aumento do desemprego desde os anos 90. Pela participação nos fóruns colegiados da estrutura do SUS, as lideranças do movimento sindical se integram ao SUS, mas a questão não parece atingir a categoria como um todo. Essa contradição entre os interesses imediatos e a orientação político-ideológica de defesa das ações públicas de cunho universalista torna o tema da assistência à saúde bastante polêmico e obscuro no movimento sindical.¹⁵³

Esse mesmo paradoxo aparece de forma ainda mais expressiva, por se tratar dos atores encarregados da operacionalização da assistência médica pública, nas entidades representativas dos servidores públicos das instituições previdenciárias. Desde o antigo IAPI, os servidores da Previdência Social e, posteriormente, do Ministério da Saúde são cobertos pela Geap, o maior plano de autogestão do país e um dos mais antigos. Apesar da defesa radical de um sistema único e público nos fóruns formais da categoria, na prática concreta os beneficiários da Geap, por intermédio de suas entidades representativas, sempre defenderam duramente o que consideravam ‘direitos adquiri-

¹⁵³ Entrevista com a diretora de saúde do Sintel, já citada, é elucidativa dos conflitos vividos pelos sindicatos em momento de enfrentamento de muitas perdas: “A questão da saúde pública está dentro do debate da CUT, mas no âmbito político e de denúncia. Não se discute, por exemplo, implantar uma ação mobilizando as massas de maneira geral, não existe uma ação de peso para obrigar a mudar. Hoje são os sindicatos mais ligados à saúde pública que fazem essa discussão. Se eu não estou dormindo na fila para ser atendido, não tenho disposição suficiente para enfrentar o governo na prioridade à saúde. Plano de saúde no sindicato é uma coisa muito polêmica; havia uma resistência muito grande na CUT ao plano de saúde. Sabe aquela coisa que todo mundo sabe que está errado, mas tem uma cortina de fumaça... O plano de saúde é do interesse da empresa, pois de certa forma é uma maneira de segurar o empregado. Nunca precisou brigar por plano de saúde mas muita gente fica nas empresas por causa de plano. De uns tempos para cá, as pessoas se acostumaram tanto com plano de saúde que hoje trabalhador nenhum quer ficar sem e o plano de saúde está virando uma cultura. As pessoas estão se acostumando com a idéia de ligar para um médico e ter uma consulta rápida, se precisar internar ter a segurança de que vai ser internado.”

dos' de uma assistência médica diferenciada e de maior qualidade.¹⁵⁴ Essa ambigüidade, na prática, torna a defesa do sistema público quase que mera retórica, retirando-lhe de fato essa importante base de apoio no seio da própria instituição governamental encarregada da assistência médica pública.¹⁵⁵ Ao contrário de experiências em outros países, pelo menos no caso da saúde o sistema público não encontrou nos servidores públicos defensores importantes das políticas sociais, já que grande parte deles estava coberta há muito tempo por políticas diferenciadas.

O processo de descentralização desencadeado pela reorganização do sistema de saúde após a criação do SUS teve o impacto inicial de deslocar para o nível local a execução da política de saúde, pulverizando as instituições responsáveis pela assistência à saúde. Isso pode ter tido um efeito imediato, particularmente após a extinção do Inamps, de desagregar o suporte institucional ao SUS. Por sua vez, a descentralização tem provocado o surgimento de novos apoiadores do SUS no nível das prefeituras e das instâncias colegiadas que se organizaram com base em definições legais no sentido de incluir a participação da sociedade na gestão do SUS. Esse processo de constituição de novos sujeitos na arena da saúde é ainda recente para que possa surtir resultados que alterem a dinâmica política de forma a reforçar o SUS em detrimento do processo de segmentação das clientela a partir do fortalecimento do setor privado. E ainda nessa arena local os funcionários das prefeituras, em muitos casos, também estão cobertos por planos coletivos particulares.

Mais recentemente, pesquisa com os membros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o CMS/BH (Fundação João Pinheiro, 1998), constatou que os representantes dos trabalhadores de saúde (funcionários da Secretaria municipal de Saúde, muitos originados do ex-Inamps) freqüentemente assumiam uma atitude corporativa, no âmbito do CMS, nas questões que envolviam suas condições de trabalho e seus rendimentos, muitas vezes em posi-

¹⁵⁴ Em artigo publicado em jornal interno da Geap (*Jornal da Patronal*, ano II, nº 3, out. 1990: 12), que tem o título de “Os dilemas em torno da Patronal”, afirma-se: “O primeiro dilema que envolve assumir a defesa da Patronal diz respeito ao aparente paradoxo de, por um lado, lutarmos por uma assistência diferenciada, mais cara e de melhor qualidade do que a que é prestada à população em geral através da rede pública. Por outro lado, em termos gerais, defendemos uma melhor assistência pública considerando a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado.”

¹⁵⁵ A esse respeito, ver trabalho de Menicucci (1987) com o sugestivo título: *Assistência Patronal: a negação da previdência social no seu próprio seio*.

ção contrária aos interesses dos representantes dos usuários do SUS. Conselheiros entrevistados assumiram que o envolvimento efetivo desses trabalhadores com a defesa do SUS e o suporte do movimento sindical, também representado no conselho, de fato se torna difícil, na medida em que os setores mais organizados e os servidores municipais têm assistência médica diferenciada.

O financiamento do SUS como forma de inviabilização sistêmica

A operacionalização da reforma da política de saúde implicava transformações político-institucionais e organizacionais de grande envergadura. O grande esforço inicial foi promover a descentralização de uma política de longa tradição centralizadora, questão que se tornou o eixo central da implantação da reforma como estratégia para promover a participação da sociedade, alcançar a universalização e tornar as políticas mais eficazes. Para o alcance dos objetivos finalísticos da reforma, o financiamento do SUS é um recurso imprescindível e tem sido o ponto central da discussão política sobre o sistema público, envolvendo não apenas o volume, mas também a forma de repasse dos recursos do governo federal para estados e municípios, uma vez que a descentralização se fez na dependência dos recursos federais – principais responsáveis pelo financiamento das ações de saúde.¹⁵⁶

A discussão do financiamento do SUS realizada nesta seção considera tanto a perspectiva da disponibilidade de recursos quanto a disposição governamental para a viabilização de uma política, avaliada por meio da definição de mecanismos ou fontes de financiamento.

Grande parte das demandas e críticas sobre o sistema de saúde após a criação do SUS é dirigida ao seu financiamento, a cujas deficiências são creditadas as principais dificuldades para sua implantação e para garantir o direito à saúde. Em um contexto de programas de estabilização e de ajuste fiscal, caracterizado pela realização de cortes nas despesas públicas, particularmente por causa da redução dos gastos sociais, tornou-se sedutor atribuir a esse panora-

¹⁵⁶ De acordo com o Ministério da Saúde, até o final da década de 80 os recursos federais respondiam por mais de 80% das dotações orçamentárias destinadas ao financiamento do sistema de saúde, reduzindo-se para cerca de 70% na década de 90 em consequência do processo de descentralização (MS/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2001).

ma geral a deficiência de recursos para a viabilização do SUS. Ainda mais quando, efetivamente, não se garantiu o maior aporte de recursos necessários para efetivar a universalização de cobertura e a realização da reforma sanitária, que seria “impensável sem os investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços” (Paim, 1991, *apud* Fleury, 1997: 14). Em uma conjuntura de revalorização do mercado para a produção de bens e serviços, que no caso da saúde assumiu a forma da proposta de separação entre o financiamento público e a provisão privada, essa ampliação da rede pública foi excluída da agenda pública.

Sem negar esses constrangimentos políticos, ideológicos e econômicos à concretização de um sistema de atenção à saúde que, dadas as suas intenções universalistas e igualitárias, tem o caráter claramente distributivo, parece pertinente indagar em que medida havia de fato a intenção governamental de implantar os dispositivos formais da política de saúde estabelecida, mas que seria inviabilizada pelas limitações financeiras. O argumento desenvolvido aqui é que mesmo não negada no discurso, nem mesmo tendo sido objeto de uma redução programática, a atenção à saúde universal e igualitária não obteve condições objetivas de se efetivar, sendo objeto de um veto implícito e de uma inviabilização sistêmica. A ausência de mecanismos efetivos e estáveis para o financiamento do SUS funcionou como um mecanismo indireto para a redução de seu alcance e efetividade. No processo de sua implantação, apenas em raras ocasiões foram questionados os fundamentos básicos do SUS, que no nível discursivo passou a ser considerado uma grande conquista social, como pode ser observado em todo o material empírico utilizado, particularmente os depoimentos no Congresso Nacional em diferentes ocasiões e partindo de diferentes atores.¹⁵⁷ Não obstante algumas

¹⁵⁷ Algumas tentativas de mudanças estruturais no SUS partiram do governo federal, mas que não lograriam apoio para serem encaminhadas, como a PEC 32, propondo alterar o artigo 196 da Constituição e que visava estabelecer limites ao direito à saúde e restringir o dever do Estado na provisão das condições para seu exercício. Essa PEC não foi aceita pela Comissão Especial, criada para emitir parecer em matéria de mudança constitucional, em razão das pressões sociais, o que levou o governo a retirá-la da pauta. Outra tentativa foi a proposta de reforma administrativa para a saúde que visava à separação entre a assistência ambulatorial e a hospitalar, a reconstituição de um órgão federal para geri-la e a transformação de todas as unidades hospitalares em organizações sociais. Também essa proposta foi modificada, mantendo a alternativa de conversão em organização social. Em reunião do CNS, realizada em fevereiro de 1997, o presidente da República explicitou uma posição diferente quanto aos princípios do SUS, trazendo de volta teses que preconizam o sistema público para pobres e excluídos e atendimento aos demais por um sistema privado.

manifestações de mudanças de postura quanto à universalidade e à integralidade da assistência a ser garantida pelo SUS, o discurso dominante, em geral, não questiona seus fundamentos básicos. Entretanto, essa defesa se torna vazia em termos concretos de efetivação da política, na medida em que a questão do financiamento se tornou o seu ‘calcanhar-de-aquiles’. A ausência de fontes estáveis de financiamento *vis-à-vis* ao aumento da demanda a partir da universalização da cobertura levou a uma degradação da qualidade dos serviços de saúde bastante acentuada nos primeiros anos do SUS, refletindo os baixos valores da remuneração dos serviços realizados por prestadores públicos e privados, aliados aos constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios.

Com o panorama político, normativo e institucional descrito, não é razoável supor que houvesse, de fato, a intenção de reverter as características do modelo de atenção à saúde. Mas, dado o custo político de uma redução programática das propostas do SUS, em um quadro de consolidação da democracia, a estratégia indireta de inviabilização sistêmica, não garantindo o aporte de recursos necessários à operacionalização do SUS, parece consistente. A descrição da trajetória do financiamento feita a seguir esclarece o meu argumento.

Ao definir um orçamento específico para a Seguridade Social, que, além da Saúde, inclui a Previdência e a Assistência, a Constituição buscou assegurar fontes para seu financiamento.¹⁵⁸ Mas às restrições orçamentárias, em razão da crise econômica que caracterizou o período, somou-se o desvio de recursos da seguridade social por diferentes mecanismos, como: sonegação ou inadimplência das empresas; utilização de recursos da seguridade social para cobrir despesas do orçamento fiscal ou para outros ministérios; e retenção de recursos do seu orçamento. Por causa das perdas decorrentes do novo federalismo fiscal após a Constituição de 1988, que transferiu recursos para estados e

¹⁵⁸ “O orçamento da Seguridade Social tem como fontes as contribuições sociais, sendo mais importantes a Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Pagamento, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas, o PIS, o PASEP, parte da arrecadação dos Concursos de Prognóstico, 50% do Seguro Obrigatório de Acidentes Automotivos, a Contribuição para o Salário Educação, a Contribuição do Plano de Seguridade Social dos Servidores e, a partir de 1997, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF” (Fundação João Pinheiro, 1999: 107). Mais recentemente, a EC 29/2000 vinculou recursos orçamentários dos três níveis de governo para a saúde.

municípios, a União passou a disputar os recursos das contribuições sociais que representam mais da metade da sua receita tributária (Azevedo & Melo, 1997).

Mas a própria configuração institucional da destinação de recursos para o segmento saúde tornou-o fragilizado diante do segmento previdenciário da Seguridade Social e do Executivo federal, na medida em que não era o arrecadador de nenhuma de suas receitas e não foram definidas vinculações explícitas para a saúde dentre as diversas fontes que compõem o orçamento da seguridade.¹⁵⁹

A partir de 1988, houve um crescimento acentuado dos valores arrecadados pela Seguridade Social, refletindo as alterações constitucionais, mas que não se refletiu na mesma proporção no segmento saúde, que se caracterizou por grande instabilidade na alocação de recursos federais – responsáveis por aproximadamente 2/3 dos recursos gastos pelo SUS.¹⁶⁰ Recursos públicos para a saúde, que já eram poucos, não foram significativamente ampliados de forma a garantir o cumprimento dos dispositivos constitucionais, tendo mesmo havido redução no início da década.

Com a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde e com sua extinção posterior, fragilizou-se mais ainda o SUS do ponto de vista financeiro. A perda do controle sobre a assistência à saúde pelo Ministério da Previdência Social, responsável pela arrecadação de mais da metade dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, por meio da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de pagamento, levou também ao descompromisso em relação à saúde. Sob a alegação de que esses recursos tinham designação exclusiva para o pagamento dos benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões), a partir de maio de 1993 o Ministério da Previdência Social suspendeu unilateralmente o repasse dos recursos sobre a folha de paga-

¹⁵⁹ Nas suas disposições transitórias, a Constituição apenas estabeleceu no artigo 35: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde” (Brasil, Constituição Federal, 1988). Esse percentual correspondia ao mesmo que historicamente o Inamps vinha gastando do orçamento da Previdência Social antes da reforma sanitária, que desvinculou a assistência à saúde da Previdência, e foi mantido até 1993.

¹⁶⁰ Os valores arrecadados pela Seguridade Social passaram de 6% do PIB em 1988 para 11% em 1996. Mas no mesmo período o gasto federal com saúde caiu de 2,31% do PIB para 1,77% (Fundação João Pinheiro, 1999). Embora tenha se verificado um crescimento dos gastos com saúde no período de 1987/1989, dá-se uma redução a partir desta data, caindo de US\$ 11,3 bilhões em 1989 para US\$ 6,5 bilhões em 1992, exatamente no início da implantação do SUS. O patamar do período pré-constitucional só foi superado em 1995, quando o gasto federal em saúde atingiu US\$ 16,2 bilhões, o equivalente a US\$ 104,1 *per capita* (Lucchesi, 1996).

mento para o custeio das ações de saúde, vinculando esses recursos arrecadados pelo INSS exclusivamente à cobertura dos gastos com a Previdência. Nesse mesmo ano, o presidente da República vetou o artigo da Lei de Diretrizes Orçamentárias que destinava 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, sob a alegação de ser contrário ao interesse nacional.¹⁶¹

Outras fontes do Orçamento da Seguridade Social, como a Contribuição sobre o Lucro Líquido e a Contribuição do Financiamento Social, além de disputadas por outras áreas do governo, enfrentaram questionamento jurídico no meio empresarial no início dos anos 90, cuja consequência foi a indisponibilidade desses recursos por algum tempo. A crise gerada nesse momento provocou uma discussão sobre a necessidade de novas e estáveis fontes de financiamento para a saúde. Mesmo supondo que a efetivação da reforma sanitária nos termos propostos por seus idealizadores não figurasse na agenda concreta de ações e escolhas, o mau funcionamento do sistema de saúde público passou a ser uma das faces mais vulneráveis da política social do governo. Apesar dos avanços expressivos em termos de cobertura, da realização de serviços, dos ganhos nos indicadores de saúde e da maior racionalidade e eficiência na gestão dos recursos propiciadas pela descentralização e incorporação do controle democrático por meio do modelo de gestão participativa que fez parte da reforma, os problemas do SUS ganharam muita visibilidade e passaram a ser denunciados em diferentes perspectivas – inclusive pelas operadoras de planos privados que os utilizaram como importante estratégia de marketing (Bahia, 1999).¹⁶²

¹⁶¹ As LDOs até 1993 mantiveram essa vinculação, conforme previsto nas Disposições Transitórias da CF, sem que isso tivesse surtido efeito prático na alocação de recursos, uma vez que várias atividades, como merenda escolar e pagamento de docentes de hospitais universitários, eram contabilizadas como gastos em saúde (Carneiro, 2001).

¹⁶² A precariedade das informações anteriores à implantação do SUS dificulta a mensuração dos seus resultados imediatos. Dados trabalhados por Déa Mara Carvalho, em 1998, fazem algumas estimativas nesse sentido. Depois de 1990, quando se iniciou de fato a concretização do SUS, mesmo com as dificuldades de financiamento, estima-se que houve aumento da cobertura em atenção básica da ordem de 30%; a cobertura vacinal de menores de um ano ampliou em quase 50%; o controle pré-natal por pessoal treinado, em 15%; a cobertura de partos realizados em instituições de saúde, em cerca de 14%; o número de consultas teve uma ampliação de mais de 30% no período de 1987/96; a mortalidade infantil caiu de 57/1.000 em 1987 para 33,7/1.000 dez anos depois; a mortalidade materna reduziu-se em 30% no mesmo período; a redução de óbitos por causas mal definidas (indicador de falta de acesso a serviços de saúde) caiu de 12% em 1987 para 8% em 1995. Em geral, análises mostram não apenas sensíveis avanços na ampliação da cobertura, mas melhoria da oferta e na qualidade dos serviços, particularmente na atenção primária; desenvolvimento de novas práticas gerenciais; organização de sistema de controle e avaliação mais eficientes (Fundação João Pinheiro, 1997).

Com base em um diagnóstico da crise centrado no financiamento, na segunda metade da década de 90 as evidências e as críticas sobre insuficiência e irregularidade dos recursos destinados ao SUS ganham maior visibilidade, e propostas alternativas entram na agenda pública. Sob forte pressão do ministro da Saúde Adib Jatene para a criação de uma fonte adicional de recursos para financiamento do SUS, que redundou em sua demissão por incompatibilização com a área econômica do governo, e contando com fortes resistências tanto no Congresso quanto nos diferentes segmentos sociais a serem afetados, foi instituída, em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Para isso ser possível, foi necessário alterar a Constituição, o que foi feito mediante a Emenda Constitucional 12, de agosto de 1996.¹⁶³ Sua aprovação se deu sem mobilização social ampla. Ao contrário, grupos de pressão ligados ao empresariado, à mídia e outros se posicionaram em contrário com vigor (Goulart, 1998). A oposição era bastante previsível, uma vez que, ao ser uma nova tributação a incidir sobre as movimentações bancárias, viria atingir exatamente os setores que, na sua maioria, não se constituíam em usuários do SUS.¹⁶⁴

Entretanto, a nova fonte, que deveria se constituir em um recurso supletivo, tornou-se substitutivo, na medida em que passaram a ser desviados recursos de outras fontes do orçamento da Seguridade Social, que em grande parte se destinavam ao setor saúde, como a Contribuição para o Financiamento à Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas.¹⁶⁵

¹⁶³ A EC 12 incluiu nas Disposições Transitórias da Constituição de 1998 o artigo 74, pelo qual foi dada competência à União para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira. De acordo com essa emenda, alterada posteriormente, a receita proveniente dessa arrecadação deveria ser destinada integralmente ao financiamento das ações e serviços de saúde.

¹⁶⁴ A estimativa é de que a CPMF atinge aproximadamente 18% da população, apenas a que mantém contas na rede bancária nacional.

¹⁶⁵ Em 1996, a execução orçamentária do Ministério da Saúde foi de R\$ 14,4 bilhões, sem CPMF. Para 1997, esse orçamento passou a ser de R\$ 20,5 bilhões, com uma estimativa de arrecadação inicial de aproximadamente R\$ 5,3 bilhões da CPMF. Todavia, a arrecadação da CPMF no ano de 1997 foi de R\$ 6,7 bilhões, valor R\$ 1,4 bilhão superior ao inicialmente previsto. Soma-se a este fato o contingenciamento de R\$ 1,7 bilhão no orçamento do Ministério da Saúde, que executou apenas R\$ 18,8 bilhões em 1997. Isso significa que em 1997 a saúde teve R\$ 3,1 bilhões a menos, sendo R\$ 1,4 bilhão de excesso de arrecadação da CPMF e R\$ 1,7 bilhão de corte no orçamento aprovado no Congresso Nacional (Fundação João Pinheiro, 1999).

A ausência de fluxos regulares de recursos para a saúde gerou um movimento nacional, conhecido como ‘Movimento SOS SUS’, liderado pela Plenária Nacional de Saúde, em torno da vinculação de recursos para o setor que não fora estabelecida na Constituição, embora fosse uma proposta do movimento sanitário. Inicialmente contando com a resistência da área econômica do governo, a proposta só veio a se constituir em norma legal com a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, que garante recursos mínimos para o financiamento do SUS na forma de vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo. Embora as primeiras Propostas de Emendas Constitucionais (PECs) no sentido de assegurar a destinação de recursos estáveis ao SUS datem de 1993, a discussão só foi acelerada no Congresso a partir de 1998, após obter o apoio explícito do presidente da República e por pressão do então ministro da Saúde José Serra, oriundo da área econômica e pertencente ao partido do presidente, que exerceu o papel de *policy advocate* da Emenda.

Todas as PECs tinham em comum o fato de vincular percentuais das receitas governamentais dos três níveis de governo ou do Orçamento da Seguridade Social para o sistema de saúde, e por essa razão recebiam o veto da área econômica do governo. A PEC 169/93, encabeçada por representantes do Partido dos Trabalhadores, então o maior partido de oposição, tornou-se um símbolo do movimento desencadeado para a obtenção de recursos para o financiamento do SUS. Essa mobilização envolveu principalmente os gestores municipais e estaduais, incluindo os conselhos de Saúde dos três níveis de governo e os conselhos de secretários de saúde, os órgãos representativos de prestadores de serviços e de profissionais de saúde e outras entidades, como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e o Fórum de Trabalhadores.¹⁶⁶ No Congresso, contou-se com o apoio da Frente Parlamentar de Saúde, de caráter informal e multipartidária, mas com a participação de

¹⁶⁶ Outro desdobramento do Movimento SOS SUS foram as denúncias feitas por um grupo de médicos em Belo Horizonte. Segundo essas denúncias, estaria sendo realizada a ‘roleta-russa’ no atendimento médico de urgência dos hospitais públicos: por falta de vagas nas unidades de terapia intensiva, os médicos tinham que ‘escolher’ entre quem deveria viver ou quem deveria morrer. Essa situação se explicaria pelo fato de 85% dos leitos hospitalares estarem destinados à ocupação por pacientes particulares ou convênios e apenas 15% aos pacientes do SUS (Sindmed-MG, 2000). De grande repercussão na imprensa, essas denúncias chamaram a atenção sobre a precariedade do SUS.

vários deputados; o assunto também foi discutido na Comissão de Seguridade Social, à qual formalmente competem os assuntos relativos à saúde. A ampliação de recursos para o financiamento do SUS conseguiu aglutinar todos esses atores que, direta ou indiretamente, seriam beneficiados por ela, embora por diferentes razões: os gestores, por estarem premidos pela demanda de serviços e escassez de recursos; e os prestadores de serviço, insatisfeitos com a remuneração de seus serviços pelo Poder Público, vendo nessa PEC uma possibilidade de aumentar seus rendimentos pela garantia de maior estabilidade de financiamento da saúde.¹⁶⁷

Com a pressão do chefe do Executivo, na ocasião muito criticado por ter negligenciado as questões sociais, e sob a condução do presidente da Câmara, foi realizado um acordo suprapartidário para aprovar em tramitação acelerada, tal como queria o ministro da Saúde, e com modificações feitas em consenso entre lideranças partidárias e governo, a PEC 82/95, do deputado Carlos Mosconi, do partido governista, que substituiu a PEC 169. Apesar da existência de divergências entre ministros e forte resistência de governadores, por significar a vinculação de recursos em um quadro de difícil situação financeira dos estados, a PEC foi aprovada, na forma de uma emenda aglutinativa, com encaminhamento unânime de todos os partidos.¹⁶⁸ Na fase de tramitação no Senado, manteve-se a grande mobilização pela aprovação da emenda, com a

¹⁶⁷ Depoimento colhido em entrevista com Rafael Guerra, médico, deputado federal pelo PSDB-MG e integrante da Frente Parlamentar da Saúde, realizada em maio de 2002, é expressivo do processo: “Fomos ao presidente do Congresso, ao presidente da Câmara, ao ministro da Saúde, ao ministro do Planejamento, ao secretário da Casa Civil, ao secretário-geral da Presidência, ao José Serra (...) e a movimentação foi se ampliando, com a participação da Pastoral da Igreja, da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e os outros Conselhos de Especialidades, o Conass [Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde], o Conasems [Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde]. Houve audiências públicas, passeatas, reuniões com bancadas dos partidos (...). Isso durou quase um ano. Ao final, depois de todas as resistências do Ministério da Fazenda e do Ministério do Planejamento – que eram contra as vinculações orçamentárias, por engessar o orçamento e impedir o ministro do Planejamento de tomar decisões sobre as prioridades do governo –, depois de vencer todos os problemas, de discutir exaustivamente o assunto, o presidente da República apoiou a votação da emenda constitucional, com a condição de que ela implicasse também o financiamento pelos estados e municípios.”

¹⁶⁸ No debate parlamentar, houve consenso de que deveria ser vinculado um percentual dos impostos de estados e municípios. Mas a polêmica era relativa ao percentual adequado a ser destinado à saúde sem comprometer os seus orçamentos, forçar aumentos de impostos municipais e, principalmente, gerar a insatisfação dos prefeitos. Para contornar a questão, a EC 29 previu a progressividade do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) em razão do valor, localização e uso do imóvel, a qual, embora já fosse aplicada por várias prefeituras, estava sendo contestada juridicamente em sua constitucionalidade.

participação do próprio ministro da Saúde, demonstrando seu apoio para uma alteração constitucional de forte apelo popular.¹⁶⁹

A forma de aprovação dessa EC confirma análises sobre os mecanismos que regem as relações entre Executivo e Legislativo e seus efeitos na formulação de políticas públicas (Figueiredo & Limongi, 1999; Pereira & Mueller, 2000; Almeida & Moya, 1997). O fato de a Constituição brasileira garantir amplos poderes legislativos ao Poder Executivo,¹⁷⁰ aliado à forma de organização interna do Congresso Nacional, tem efeitos no funcionamento do sistema decisório e tem garantido ao Executivo bastante sucesso na aprovação de sua agenda legislativa. As instituições políticas brasileiras garantem o controle do Executivo sobre a iniciativa legislativa e cria incentivos para que os parlamentares apoiem sua agenda, na medida em que o Executivo controla recursos dos quais os congressistas dependem, o que os incentiva à cooperação. Os estudos sistemáticos realizados por Figueiredo e Limongi têm mostrado que o Congresso brasileiro não se constitui como uma instância institucional de veto à agenda do Executivo, que na maioria das vezes é quem define a agenda do Congresso, tanto no seu aspecto substantivo quanto no ritmo de tramitação

¹⁶⁹ Para ilustrar o conflito para aprovação da PEC da Saúde, é elucidativo trecho de texto publicado no jornal da FBH (ano 1, nº 9, maio de 2000): “A proposta [de Emenda Constitucional] enfrenta um verdadeiro fogo cruzado de interesses políticos, que dificulta sua tramitação no Congresso Nacional. O projeto já foi aprovado na Câmara e teve o sinal verde da Comissão de Constituição e Justiça do Senado. Porém, corre o sério risco de não ser votada em plenário neste semestre nem no próximo. Motivo: o senador Antônio Carlos Magalhães (PFL-BA) promete fazer de tudo para atrasar a votação. (...) os ministros da Saúde, José Serra, e da Fazenda, Pedro Malan, que disputam a preferência do presidente Fernando Henrique Cardoso na sucessão presidencial, são alguns dos principais protagonistas nessa guerra de interesses. Velhos inimigos políticos, Serra e ACM também se colocam em posições divergentes em relação à vinculação de recursos. Serra defende a proposta para aumentar as verbas para sua pasta e o Senador baiano bate o pé e afirma que vai atrapalhar o processo. Ocorre que como presidente do Senado, ACM é quem dá as cartas e tem poderes para fixar o dia da votação. Dessa forma, ele pode pôr na pauta de discussões quando bem entender. De olho nos possíveis dividendos políticos que a polêmica pode lhe render, o senador Jarbas Barbalho (PMDB-PA) anuncia: ‘Vamos lutar pela aprovação da PEC’. ...monetarista e avesso a elevação de despesas, o ministro Malan é contra o projeto defendido por Serra. O presidente Fernando Henrique Cardoso, criticado por não priorizar a área social, se coloca favorável à vinculação de recursos para a saúde. Cauteloso, quer evitar desgastes para seu governo nessa disputa (...)”.

¹⁷⁰ O poder legislativo do presidente está garantido na Constituição de 1988 por meio de vários dispositivos: a capacidade de legislar por medidas provisórias sem aprovação prévia no Congresso, que, conseqüentemente, tem grande influência sobre a agenda do próprio Congresso, dado o ônus de rejeitá-las após terem entrado em vigor; o poder de veto total ou parcial sobre projetos já aprovados no Congresso; e o poder exclusivo de iniciar legislação sobre problemas orçamentários e de administração pública. O Executivo dispõe também de um instrumento importante para interferir na tramitação de uma proposta, que é o pedido de urgência para seus projetos, largamente utilizado como mostram diferentes estudos.

das questões, e após a Constituição de 1988 se constituiu no principal legislador de fato.¹⁷¹

Embora a EC 29 não tenha sido proposta diretamente pelo Executivo, este não deixou de definir a agenda tanto no conteúdo substantivo quanto no ritmo de sua aprovação, e só quando se empenhou diretamente é que a tramitação foi acelerada. A emenda sofreu as alterações propostas pelo Executivo, que também costurou um acordo suprapartidário para sua aprovação. Formalmente, não foi possível a utilização do instrumento do pedido de urgência, mas na prática o governo definiu quando e o que deveria ser aprovado, conseguindo definir uma descentralização dos encargos financeiros com saúde e preservar a União de uma vinculação mais explícita de recursos para a saúde. Substantivamente, apenas para os estados, municípios e Distrito Federal foi estabelecida uma vinculação de recursos orçamentários, mediante a destinação de um percentual progressivo dos seus orçamentos para o custeio das ações de saúde. Para a União, a EC 29/2000 definiu provisoriamente uma ampliação percentual dos gastos absolutos efetuados pela União no ano anterior e remeteu para uma lei complementar a definição dos percentuais mínimos a serem alocados na saúde.¹⁷² Ao ser adiada a solução da questão, a definição dos encargos federais com saúde foi deixada ao sabor da conjuntura política, mantendo-se, em certa medida, a vulnerabilidade do orçamento da saúde, na medida em que os recursos federais ainda são majoritários para o custeio das ações de saúde.

¹⁷¹ Analisando a produção legislativa no período de 1989 a 1998, Figueiredo e Limongi (1999) constataram que o Executivo, além de ser o autor da grande maioria das leis promulgadas, raramente teve suas proposições legislativas rejeitadas pelo Congresso.

¹⁷² A definição das receitas federais sobre as quais se definiria a vinculação para a saúde foi bastante polêmica na Câmara, e a discussão se polarizou: de um lado, a vinculação de um percentual de todo o orçamento da Seguridade Social; de outro, apenas de alguns de seus componentes – a chamada especialização de fontes –, especificamente a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento à Seguridade Social (Cofins). A questão acabou sendo remetida para lei complementar. Até a aprovação de lei complementar, o artigo 7º da EC 29 estabelece que no ano de 2000 o recurso mínimo a ser aplicado pela União será “o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento”; e “do ano de 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB”. Para estados e municípios define 12% e 15%, respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se no caso dos estados as transferências realizadas para os municípios, valores a serem alcançados progressivamente até o ano de 2004. O gradualismo evita pressões iniciais sobre as finanças dos estados e municípios, permitindo-lhes um ajustamento gradativo.

A mudança de postura do Executivo federal, ao passar a defender a aprovação da vinculação de recursos para a saúde, não indica uma intenção de ampliar os gastos federais para o custeio do sistema de saúde. Ao contrário, evidencia, em primeiro lugar, o propósito de deslocar a questão do financiamento da saúde prioritariamente do nível federal para as instâncias subnacionais de governo, forçando-as a ampliar sua participação no gasto em saúde; e, em segundo lugar, a intenção de desvincular da saúde os recursos da CPMF, o que exigiria como contrapartida o estabelecimento de nova fonte de custeio para o setor. A tentativa de tramitação acelerada da EC coincide com a aproximação do término da vigência da CPMF, aprovada inicialmente com a proposta de ser provisória e destinada para a saúde, mas que, de fato, tornara-se uma importante fonte de receitas para o governo federal. Prorrogada, por meio da EC 21/1999, os recursos decorrentes da arrecadação da CPMF passaram a ser direcionados para o custeio da Previdência Social, deixando legalmente de ter a destinação exclusiva para a saúde, que justificara sua criação.¹⁷³ Essa mudança foi mais um veto implícito ao setor saúde, ao mesmo tempo que, por meio de um jogo de contradições, defendia-se e conseguia-se, aparentemente, a aprovação de mais recursos para a saúde.

A desconfiança sobre a intenção do governo de solucionar o problema de financiamento do SUS foi expressa por parte dos parlamentares oposicionistas e até da base governista durante a tramitação da ‘PEC Saúde’. Essa desconfiança se baseava em um conjunto de ações em sentido contrário, como os constantes contingenciamentos do orçamento da saúde, a utilização dos recursos arrecadados com a CPMF fora do setor saúde e a retenção de recur-

¹⁷³ As intenções do governo federal transparecem em depoimento do ministro da Saúde em audiência pública realizada em maio de 1998, durante os trabalhos da Comissão Especial constituída para proferir parecer à PEC 29, conforme estabelece a legislação, realizada antes da alteração da CPMF: “Durante a constituinte foram aprovadas mudanças no Sistema Tributário, que aumentaram muito as receitas estaduais e municipais, não a federal. (...) Mas verificamos que, independentemente de casos isolados, em regiões ou exemplos que aqui possam ser encontrados, na média, as despesas com a saúde encolheram nos Estados, e as dos Municípios não aumentaram. Então eu concluí, ao longo desses anos, que, além da necessidade de um mínimo Nacional [para financiamento do SUS], seria muito importante um mínimo federal para que tivéssemos proporções entre União, Estados e Municípios. (...) A CPMF não é uma receita específica da saúde. Aliás, o Congresso Nacional não a aprovou como tal. O Congresso aprovou uma receita da Seguridade Social. Portanto, a CPMF, hoje, está financiando déficit da Previdência.” Há que se destacar que diferentes estudos mostram que a diminuição de recursos foi verdadeira para os estados, mas não para os municípios, que, em geral, aumentaram seus gastos com saúde após a descentralização, o que os colocou sob forte demanda dos munícipes.

sos da seguridade social para o Fundo de Estabilização Fiscal. Além disso, outras decisões governamentais não sugeriam uma postura de fortalecimento do setor público, como a regulamentação dos planos e seguros de saúde, concomitantemente à discussão da vinculação de recursos para o financiamento do SUS, que mostrou o interesse de alavancar o crescimento do mercado privado de assistência à saúde; a abertura de hospitais públicos, particularmente os universitários, para clientela privadas via convênios como forma de arrecadar recursos adicionais e que tinha como consequência a restrição de vagas para pacientes do SUS; e a proposta de transformar os hospitais públicos em organizações sociais juridicamente privadas, com vistas a torná-los mais eficientes e auto-sustentáveis.¹⁷⁴

A forma de cumprimento da EC 29 sugere a falta de empenho governamental para solucionar o problema do subfinanciamento do SUS. A implementação da emenda que vincula recursos dos três níveis de governo para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde estava longe de se tornar uma realidade, e não parece que seria de fato uma solução. A forma de frear o aumento de recursos da União para o sistema de saúde público se deu mediante um conflito intraburocrático de diferentes interpretações da legislação que se verificou nos dois primeiros anos após a aprovação da EC 29. Se no caso da vinculação dos recursos estaduais e municipais a legislação é auto-aplicável, para os recursos da União para os exercícios de 2001/2004, período de transição até a definição de lei complementar, a implementação foi polêmica. Embora o texto legal à primeira vista não sugerisse dúvidas sobre a forma de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados pela União, houve um choque entre duas interpretações jurídicas. Por um lado, coincidem as interpre-

¹⁷⁴ Essa desconfiança não se manifestava apenas entre a oposição, mas também na base parlamentar governista, como mostra o pronunciamento do deputado Arnaldo Faria de Sá (PPB-SP) no Congresso Nacional em maio de 2000, um dos poucos que votaram contra a Emenda: “A própria votação em primeiro turno já demonstrou a vontade da maioria deste Plenário de aprovar esta PEC, tentando salvar a saúde. Digo ‘tentando’ salvar a saúde – mais uma vez –, porque já aprovamos a CPMF, que tinha o mesmo objetivo. Depois, tornamos definitiva a contribuição que era provisória; e ainda aumentamos o seu percentual em 90%, passando de 0,20 para 0,38%. Na verdade, nada resolveu o problema da saúde, e continuou havendo desvio na arrecadação dessas verbas, justamente para que tivéssemos de buscar outras alternativas. Esta também não será a solução. Vincular-se-ão orçamentos federais, estaduais e municipais, e continuaremos tendo uma saúde caótica. (...) Na prorrogação da CPMF, a área econômica, que era contra a criação da contribuição, passou a ser a favor, por entender que os recursos eram necessários para a saúde financeira, e não para a saúde das pessoas” (Câmara dos Deputados/Detaq, 8/5/2001).

tações da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional/Ministério da Fazenda, apoiada por parecer da Advocacia Geral da União; por outro, as da Consultoria Jurídica e da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Tribunal de Contas da União, defendida pela chamada ‘Bancada da Saúde’ no Congresso Nacional. A controvérsia centra-se principalmente na base de cálculo a ser utilizada para os valores sobre os quais a União deverá aplicar os aumentos anuais dos recursos empregados na saúde.¹⁷⁵ De acordo com a primeira interpretação, conhecida como ‘base fixa’, na fase de transição da EC 29 o cálculo dos recursos teria como base o valor apurado em 2001, acrescido, ano a ano, pela variação do PIB sobre essa mesma base. A segunda interpretação, originária dos setores ligados à saúde mas endossada por parecer do Tribunal de Contas da União, como era de se esperar, favorece a ampliação de recursos, ao contrário da interpretação do setor econômico do governo. Isso porque considera que a apuração deve ser feita ano a ano, com uma base de cálculo móvel.¹⁷⁶

A divergência intraburocrática relativa à interpretação da forma de aplicação da emenda constitucional na definição concreta dos montantes a serem alocados pelo governo federal mostra a inexistência de um projeto global de governo para a concretização do SUS, explicitada pela divergência entre as agências encarregadas da política econômica e da saúde. Na prática, o governo tem adotado como referência para a fixação dos tetos orçamentários para o setor saúde a interpretação da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional e da

¹⁷⁵ Outras controvérsias referem-se ao entendimento do que sejam ações e serviços de saúde que delimitam o universo dos gastos previstos pela EC 29 e sobre a correção de valores pela variação nominal do PIB. As diferentes interpretações geram conseqüências para a definição do montante a ser aplicado pela União no setor saúde. Com base nos entendimentos mais comuns sobre três variáveis – ou seja: 1) o que seja ‘valor apurado no ano anterior’, e daí a definição da base de cálculo; 2) a forma de consideração da correção do PIB; e 3) a definição das ações e serviços de saúde – são possíveis 12 combinações que, conseqüentemente, levam a valores diferentes.

¹⁷⁶ Trecho do parecer do TCU é elucidativo dos objetivos visados com a EC 29: “Isso significa que a partir de 2001 e até os anos de 2004, a cada ano deverá ser apurado o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano anterior. Sobre esse valor deve ser aplicado um multiplicador correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB – no mesmo período” (voto do ministro-relator acolhendo proposta formulada pela unidade técnica e endossada pelo Ministério Público – TCU, 6/3/2002).

Advocacia Geral da União, decisão que se traduz em prejuízos para o setor.¹⁷⁷ A transferência de parte da responsabilidade do custeio da saúde para as instâncias subnacionais de governo vem ocorrendo de forma acentuada para os municípios. No conjunto, em 2000 os municípios já superavam a meta prevista de gasto mínimo de 7% da receita própria em ações de saúde.¹⁷⁸ Há indícios de que grande parte dos estados não está sendo capaz de cumprir as determinações da emenda, em razão da falta de disponibilidade de recursos em uma conjuntura caracterizada pelo endividamento e pelo alto comprometimento das suas receitas, particularmente com o pagamento dos encargos de pessoal ativo e inativo, e outras despesas vinculadas.¹⁷⁹

Tudo indica que os aportes adicionais de recursos esperados a partir da EC 29 não têm sido significativos a ponto de reverter o quadro de subfinanciamento do SUS, particularmente para garantir recursos para investimentos – ponto frágil do sistema. Está também na dependência da lei com-

¹⁷⁷ Para o ano de 2000, para o qual não há controvérsia sobre a base de cálculo do incremento de recursos da União, já não houve cumprimento da emenda, como mostra análise da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira do Núcleo de Saúde da Câmara dos Deputados (Estudo nº 2, 2000). Seja qual for a interpretação dada à expressão ‘ações e serviços públicos de saúde’, o orçamento da saúde esteve esteve aquém do piso estabelecido para o setor em no mínimo R\$ 590 milhões se for considerado com aquela expressão apenas o programa de saúde do Ministério da Saúde, sendo excluídos os encargos previdenciários, os serviços da dívida e as ações de saneamento. Para 2001, a emenda estaria sendo cumprida, dependendo da forma de utilização da variação nominal do PIB: se utilizada a variação estimada do ano de 2001, o orçamento contemplava a mais a emenda; mas, na hipótese de utilização da variação estimada do PIB de 2000, haveria déficit no montante a ser alocado para a saúde, dependendo da conceituação da expressão ‘ações e serviços públicos de saúde’ (Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira do Núcleo de Saúde da Câmara dos Deputados – Estudo nº 2, 2000). Mesmo considerando a menor variação do PIB, a adoção da interpretação da base fixa para o cálculo do montante de recursos a ser alocado pela União se traduziu em diferenças acentuadas no orçamento do Ministério da Saúde em 2001, resultando em uma perda de R\$ 1.199.620.205,00 em comparação ao que deveria ser alocado caso se optasse pela interpretação da base móvel (ano anterior) sobre a qual deveria incidir a correção pela variação do PIB (Ministério da Saúde, 2001).

¹⁷⁸ No caso dos municípios, de acordo com os últimos dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), que padroniza informações de receitas e gastos em saúde das três esferas de governo, o percentual da receita própria aplicada em saúde já em 2000 superava a meta prevista, que seria de um gasto no mínimo de 7%, devendo alcançar progressivamente 15% até 2004. A média do país já estava em torno de 13% em 2000, sendo que o percentual mais baixo se verificou na região Nordeste (cerca de 9%).

¹⁷⁹ De acordo com estudo do Ministério da Saúde (2001), quatro estados já aplicavam em 1998 percentuais de sua receita na saúde superiores a 12% – teto previsto na EC 29; 13 estados aplicavam percentuais situados entre o piso e o teto – entre 7% e 12%. Entretanto, editorial do jornal *Folha de S.Paulo* (15/3/2003: 2) criticou a manipulação de gastos utilizada por vários estados, computando como de saúde gastos que não se enquadram nessa rubrica, e divulgou: “levantamento do Ministério da Saúde mostra que, em 2001, descontadas as despesas que não deveriam ser consideradas gastos em saúde, 17 das 27 unidades da Federação descumpriram a emenda 29 (...)”.

plementar a definição das formas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Caso essas questões não sejam resolvidas, a EC 29 parece ser mais uma definição meramente formal para a viabilização dos princípios constitucionais relativos à saúde, persistindo a sua inviabilização sistêmica. Diante disso, após iniciativas do Conselho Nacional de Saúde, existe a ameaça de se retomar a mobilização social pelo SUS, que fora fundamental para a aprovação da emenda que vincula recursos orçamentários à saúde.¹⁸⁰ Estudos, seminários e outros eventos têm sido realizados e contam com a participação da Frente Parlamentar de Saúde, dos conselhos representativos dos secretários de saúde, órgãos públicos e conselhos de saúde, além do próprio Ministério da Saúde, interessado em resolver os problemas históricos de financiamento do SUS. A campanha pela reformulação da interpretação adotada para cálculo dos recursos federais desencadeada em 2001 recebeu o nome de ‘Erro que mata’ e teve como norteadora a revisão da interpretação pela equipe econômica do governo, ante a possibilidade, inclusive, de diminuição dos recursos disponíveis.

A trajetória da EC 29 reafirma a idéia da fragilidade institucional brasileira, não em razão da inexistência de regras ou de leis, mas da ausência de cumprimento delas ou de sua instabilidade. A dependência de leis complementares que podem alterar o espírito do dispositivo constitucional, a possibilidade de revisão de valores prevista para acontecer a cada cinco anos, as diferentes interpretações de um texto legal aparentemente auto-aplicável, o não-cumprimento das normas legais e a defesa governamental de uma idéia que não se pretende afirmar concretamente são apenas algumas das manifestações do descompasso entre o formal e o real no processo político brasileiro.

¹⁸⁰ Para discutir as questões que demandam regulamentação para melhor aplicabilidade das determinações constitucionais, foi formado um grupo de discussão técnica, com representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Comissões de Seguridade Social da Câmara e Assuntos Sociais do Senado e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (Atricon).

Síntese

Neste capítulo, foi analisada a reforma da política de saúde, desdobrando-a em três processos que, embora tratados de forma seqüencial, em grande parte se sobrepõem e cujo resultado é a conformação da política de saúde atual: o processo de formação das propostas e de articulação política, que se inicia em meados da década de 70; o processo decisório nos anos 80, particularmente durante a Constituinte; e o processo de implementação da reforma, que se inicia na década de 90, após a mudança constitucional. Na reconstrução do ciclo da reforma, foi possível identificar os efeitos das políticas anteriores sobre o processo político-decisório, em decorrência dos quais, mesmo em uma situação de rearranjos institucionais no âmbito da assistência pública, foram preservados os mecanismos privados de assistência à saúde, apesar de formalmente se confrontarem com princípios definidos na Constituição de 1988.

A principal conclusão desta análise é que a reforma da política de saúde, cuja expressão mais concreta é a criação do SUS, caracteriza uma situação de ruptura e continuidade, explicável em razão da confluência de fatores que favoreceram a inovação institucional com o legado das políticas de saúde prévias que limitaram a possibilidade de mudança. Tanto a inovação quanto a tendência à inércia institucional foram favorecidas por conjunturas político-econômicas mais amplas. A mudança foi possibilitada por uma situação excepcional de construção de um novo pacto social no processo de democratização, no bojo do qual se constituiu um novo marco legal para a saúde na década de 80. Por sua vez, a continuidade dos padrões assistenciais foi favorecida pelas orientações prescritivas que caracterizaram o período de implantação do SUS na década seguinte, as quais enfatizavam a focalização da atuação governamental nos setores de menor poder aquisitivo, deixando para o mercado a cobertura dos segmentos com capacidade de compra. Essa última conjuntura corroeu o ideário da reforma, antes mesmo que ele tivesse sido capaz de alterar a forma de atuação governamental construída historicamente. Como a segmentação de clientela antecede a difusão dessas prescrições a partir dos anos 80, o formato da política de saúde definido após a reforma não é explicado pela conjuntura normativa de implantação do SUS, mas pela dependência

de sua própria trajetória, que colocou limites para uma reforma mais ampla, levando a um processo de inovação limitada.

O principal fator que favoreceu a mudança da política de saúde foi a modificação da arena política setorial, com a incorporação de novos atores portadores de propostas alternativas, que se confrontaram com aqueles constituídos a partir das políticas anteriores. Essa ampliação foi favorecida, inicialmente, pela conjuntura de abertura política, ainda nos anos 70, na qual a priorização da questão social como forma de legitimação do regime abriu brechas para uma atuação diferenciada no âmbito da própria instituição previdenciária, responsável pela política de assistência. No contexto de democratização, caracterizado pelo desenvolvimento de movimentos sociais variados, foi possível ampliar o escopo de atores em torno da reforma sanitária e da expansão dos direitos sociais. Esse conjunto de atores constituiu as demandas e o suporte político para as alterações na política. A crise assumida da assistência, que se traduzia em insatisfação generalizada, foi outro fator que favoreceu a mudança institucional, na medida em que o movimento sanitário soube apresentar uma alternativa para a crise, colocá-la na agenda e obter apoio político para ela.

A Constituição e o desenvolvimento do movimento sanitário e sua influência na conformação da política de saúde evidenciaram a importância das idéias no processo de formação de políticas. As idéias se relacionam com as preferências dos atores ao expressar suas respectivas imagens da realidade sobre a qual se pretende intervir, conformando as soluções e definindo suas propostas de ação. O movimento reformador surgiu de uma concepção teórica sobre a saúde coletiva, construída e desenvolvida no âmbito acadêmico, que ganhou espaço na burocracia pública e construiu aliados entre o movimento médico, o movimento popular e, nos anos 80, os gestores municipais. A elaboração de novos conceitos e propostas por parte dos precursores do movimento sanitário, ao coincidir com uma conjuntura política favorável e associada a estratégias de mobilização política ativa, favoreceu mudanças nos princípios e no desenho da política de saúde. Nesse processo de inovação na política, constituiu-se uma comunidade epistêmica, cuja influência se traduziu em alterações no processo político, por ter sido capaz de fazer a mediação entre a crise e as escolhas realizadas, ao fornecer uma proposta consistente e de

amplo respaldo, que norteou a elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição. No processo de ampliação dos apoiadores da reforma, ocorreu um estreitamento das idéias iniciais dos precursores do movimento sanitário, e de um projeto de transformação da sociedade e do Estado passou-se para uma proposta de reformulação da forma de intervenção governamental no campo da saúde. Ao mesmo tempo, algumas idéias foram bloqueadas, como a proposta de estatização completa do sistema de saúde, defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Na transição democrática, abriu-se uma ‘janela política’, de forma que os problemas das políticas vigentes, associados ao processo político mais amplo de democratização, convergiram de modo a permitir que forças políticas não-hegemônicas influenciassem decisivamente a formulação da política de saúde, dando lugar, em um momento específico, ao surgimento de uma política informada por uma ideologia publicista e por uma concepção de saúde como direito, tendo como corolários a universalização e a igualdade.¹⁸¹

Por sua vez, o caráter limitado da reforma, na medida em que a mudança se realizou sem alterar o caráter dual da assistência, foi explicado pelos efeitos de *feedback* das políticas prévias sobre o processo político-decisório. Esses efeitos se expressam pela constituição de atores e interesses e, conseqüentemente, na conformação da arena política, em decorrência dos incentivos e decisões que foram responsáveis pela formação das preferências dos atores favorecidos pelas políticas de saúde estabelecidas a partir dos anos 60. Esses interesses ligados aos diversos agentes do mercado privado de saúde, como operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e usuários, apoiados por grande parte da burocracia previdenciária, manifestaram-se em todas as situações em que propostas ou medidas governamentais indicaram alterações no modelo assistencial no sentido de privilegiar o setor público. Particularmente durante o funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte, quando o Congresso Nacional se transformou no principal *locus* decisório, o embate entre os defen-

¹⁸¹ A idéia de janela para políticas considera a perspectiva de Kingdon (1984, *apud* Gomà & Subirats, 1998) relativa à elaboração de políticas, segundo a qual problemas, políticas e processo político convergem e divergem, dando lugar no momento e no lugar adequados ao surgimento de uma política concreta.

sores das formas privadas de atenção à saúde e os defensores das propostas do movimento sanitário foi acirrado. Naquele momento, tanto os representantes do movimento reformador quanto os da assistência privada estavam suficientemente consolidados e organizados, e tiveram capacidade de influenciar o processo decisório.

O resultado foi a aprovação de um projeto transformador de grande alcance para a saúde, com traços redistributivos e com objetivos igualitários, significando, portanto, uma mudança institucional e de princípios, ao mesmo tempo que foi garantida a continuidade por meio de alguns dispositivos e, principalmente, daquilo que a Constituição não expressou. Ao limitar a reforma ao setor público e ao garantir a liberdade à iniciativa privada, interferindo apenas no setor privado quando prestando serviços sob a responsabilidade estatal, a Constituição consagrou a dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, composto por um segmento público e outro privado, e a reforma da política de saúde perdeu muito de sua conotação transformadora. Em vez de possibilitar uma efetiva ruptura institucional, se justapôs às estruturas institucionais preexistentes, com pouca probabilidade de substituir o passado. Com a ausência de dispositivos constitucionais regulatórios do setor privado, garantida em razão do poder de veto dos representantes dos interesses do mercado de saúde, a legislação encobriu a segmentação, de forma que a universalização e a igualdade se transformaram em metaobjetivos sem correspondência na estrutura institucional. O caráter segmentado da assistência à saúde, que caracteriza a trajetória brasileira de expansão da assistência médica, formalizou-se assim nas próprias decisões consagradas na Constituição, aparentemente de forma paradoxal aos objetivos da reforma global pretendida pelos seus promotores. Esse foi o resultado do conflito das propostas reformadoras com os interesses consolidados em razão da configuração anterior das instituições de saúde, sendo provável que políticas alternativas que mudassem o padrão vigente não tivessem suporte político suficiente, mas poderosos vetos, de tal forma que o arranjo institucional consolidado na assistência à saúde limitou as escolhas possíveis. Em termos legais, a escolha resultante do embate entre alternativas distintas, que expressavam as preferências de dois conjuntos de atores, contemplou as duas propostas ou os dois ideários que se confrontaram durante o processo constituinte.

Um segundo efeito de *feedback* das políticas anteriores pode ser observado no processo de implementação da reforma, o qual se traduziu na falta de suporte político efetivo de categorias sociais relevantes, seja por sua atuação no setor saúde, seja por sua maior capacidade de mobilização. O movimento sanitário não se constituiu como um grupo de interesse, embora agregasse alguns, mas como um conjunto de pessoas e instituições que, em alguma medida, em um momento singular de refundação democrática, partilharam um conjunto de valores éticos e propostas políticas e técnicas com o objetivo de democratização do sistema de saúde. Essa ‘identidade’ foi forjada na conjuntura autoritária que permitiu a minimização dos interesses particularistas em prol de uma transformação política e ética mais geral. Mas mostrou sua fragilidade e descontinuidade no momento de implantação da reforma sanitária, no contexto pós-governo militar, quando as alianças mais amplas não lograram se sustentar.

Após a redemocratização, as diferentes clivagens se explicitaram em um processo de transição caracterizado pelo conservadorismo e pela manutenção no poder das mesmas lideranças do período autoritário. Nesse momento, não se conseguiu mais uma homogeneidade de propostas, tanto pelas fraturas ideológicas internas do movimento sanitário e do movimento popular quanto pela retomada das questões meramente corporativas de atores que se tinham aglutinado ao movimento, particularmente os profissionais médicos. Nesse último caso, incluíam-se também os trabalhadores e os sindicatos com maior nível de organização e maior poder de barganha, localizados nos grandes centros industriais no eixo Rio-São Paulo. Embora o apoio ao SUS tenha sido generalizado entre eles e se mantivesse formalmente no período de implementação, de fato não havia muitos incentivos para um apoio mais efetivo a uma reforma sanitária radical, entendida como uma transformação publicista da assistência à saúde. Pelo menos a curto prazo a implantação completa do SUS possivelmente lhes traria perdas objetivas, na medida em que, na sua maioria, eles deveriam estar vinculados a planos de saúde empresariais, a essa altura institucionalizados e em franca expansão desde a década de 80, constituindo-se, muitas vezes, em objeto de negociação coletiva,

mesmo que ideologicamente não deixassem de expressar apoio incondicional às propostas do Sistema Único de Saúde.¹⁸²

Por sua vez, os prováveis usuários do SUS, os segmentos excluídos da assistência privada – seja pela menor renda, seja pela forma de inserção mais precária no mercado de trabalho –, não demonstraram capacidade de mobilização que pudesse dar sustentação à reforma, que, por suas características redistributivas, demandaria coalizões mais amplas, particularmente em uma situação institucionalizada de diferenciações e privilégios. Nem os movimentos populares mantiveram uma mobilização coesa nem os sindicatos mais fortes se mobilizaram de fato (e não apenas formalmente) por uma assistência universal, igualitária e pública, ao mesmo tempo que os profissionais de saúde retomaram o caráter exclusivamente corporativo de sua atuação política.

Essa falta de suporte refletiu a ausência de uma demanda universalista entre os trabalhadores e categorias profissionais que traduzisse a existência de uma identidade coletiva e o desenvolvimento de valores solidaristas que pudessem se expressar no apoio efetivo à proposta do SUS. Nada disso foi favorecido pela trajetória de expansão dos direitos sociais no país, entre eles a assistência à saúde, que, ao contrário, deu-se com base em um modelo meritocrático, desenvolveu-se favorecendo as demandas corporativas no âmbito das instituições previdenciárias e, após o surgimento e o desenvolvimento da assistência empresarial, tornou-se um benefício particularizado, dependendo

¹⁸² Alguns analistas do movimento sanitário, que dele faziam parte dado o caráter de saber militante que caracteriza o setor saúde, atribuem à opção institucional do movimento sanitário o fracasso parcial da reforma sanitária após ter ganho o estatuto constitucional. Ao privilegiar as instituições, o movimento sanitário relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento de alianças com as classes populares e trabalhadoras, em princípio, as principais beneficiárias da reforma (Escorel, 1998). Ao se tentar impor reformas por intermédio do aparelho estatal, tendo como principais interlocutores ocupantes de cargos no Executivo e nos partidos dominantes, sem compor com o movimento sindical e com os partidos apoiados neles, não se constituiu uma base social de sustentação da reforma sanitária, o que enfraqueceu a implantação de uma agenda radicalmente transformadora (Campos, 1988). Ou, de acordo com Mendes (1993: 39), não se conseguiu acumular na sociedade “capital político” para enfrentamento do projeto neoliberal hegemônico, com o qual o movimento sanitário se contrapunha. Implícita nessas explicações está a idéia de que se a opção principal do movimento sanitário tivesse sido a busca de alianças sociais que garantissem apoadores para a reforma sanitária, sua implantação teria maiores perspectivas de sucesso. Algumas implicações decorrem daí: primeiro, que isso seria factível; segundo, que esses setores sociais estariam dispostos a apoiar a reforma, sendo que para isso teriam que identificar ganhos nela. Mas se admitimos que os trabalhadores mais organizados e com maior poder de barganha não tinham interesses objetivos no sucesso do SUS, na medida em que tinham garantidos planos de saúde empresariais, essa suposição não se sustenta. Por sua vez, se o projeto privatista era hegemônico, estava institucionalizado e tinha apoadores fortes, seria pouco provável que os setores populares tivessem condições políticas de barrá-lo caso fossem mobilizados.

da forma de inserção no mercado de trabalho. Como outro efeito de *feedback* das políticas prévias, os interesses mais imediatos dos trabalhadores não tinham muita afinidade com a proposta igualitária e redistributiva do SUS. Nessa perspectiva, seriam longínquas as possibilidades de alcançar a universalização partindo de um modelo de cidadania regulada, definida com base na inserção diferenciada no mercado de trabalho.

O veto implícito à implantação da reforma em sua completa acepção não veio, contudo, apenas dos segmentos favorecidos pela assistência privada. Por meio de mecanismos indiretos, particularmente o subfinanciamento do SUS, o próprio governo não garantiu a viabilização dos objetivos da reforma. A indefinição e a ausência de fontes estáveis de financiamento têm barrado os avanços da implantação do sistema público. A aprovação da EC 29/2000, que teoricamente vincula recursos dos três níveis de governo para a saúde, não demonstra que a questão terá uma solução satisfatória. Como a principal fonte de recursos para custeio da assistência pública é de origem federal, as divergências relativas à base de cálculo para a definição da contribuição da União têm se traduzido em alocação de recursos aquém do esperado com a aprovação da EC, com possibilidades de redução a médio prazo. A transferência dos encargos financeiros para as unidades subnacionais de governo sugere o menor comprometimento do governo federal com o financiamento do SUS, caracterizando um processo de inviabilização sistêmica, mesmo que não se manifestem propostas explícitas de redução programática do escopo do SUS.

A conjuntura econômico-financeira não foi favorável à implantação do SUS, que, para sua efetivação, necessitaria de uma ampliação de recursos proporcional à expansão da clientela e das atribuições, o que não foi favorecido pela situação de recessão econômica. Entretanto, isso não significa que o problema seja apenas a falta da capacidade de implementação, particularmente financeira, pois pressupõe-se que existiria, de fato, o objetivo estatal de implantação dos dispositivos constitucionais, ou seja, um sistema público de caráter universal e igualitário. Ao que tudo indica, um projeto publicista para a saúde não se constituiu como um objetivo governamental. Os princípios do SUS conseguiram ser definidos como política de governo em razão de uma conjuntura privilegiada, caracterizada pela redemocratização, mas sua implantação vai se dar em um quadro político dominado por forças políticas

conservadoras e na contramão das propostas conhecidas como neoliberais, fortalecidas em contexto marcado pela perda de apoio e legitimidade de políticas sociais universalistas e pela valorização das opções de políticas com a valorização do mercado, em detrimento de opções caracterizadas pela ampliação da esfera de atuação do Poder Público. Nesse contexto, a tradução concreta das normas legais não foi acompanhada de um projeto efetivo de redução das desigualdades sociais nem foi determinada por um processo de reforma global do Estado nesse sentido.

No momento de implantação da reforma, não apenas as contradições da legislação se evidenciam, mas também se fecha a janela anterior, e outros fatores vão convergir de forma a não tornar realidade a assistência à saúde universal e igualitária.

Entretanto, esses processos de ruptura e continuidade convivem durante todo o período de três décadas no qual se desenvolve o processo da reforma, caracterizado por movimentos contrários e paralelos, sendo que ao mesmo tempo que se consolidam tendências definidas em razão das escolhas políticas anteriores, ocorrem mudanças institucionais. Se as primeiras favorecem o desenvolvimento da assistência privada, as mudanças são no sentido de fortalecimento das ações e concepções públicas. O resultado foi a conformação jurídico-legal de um sistema de saúde híbrido e segmentado que, ao passo que consagra a saúde como direito e garante a universalidade de acesso à assistência à saúde, preserva a liberdade do mercado de assistência privada, indicando o aprofundamento da diferenciação entre clientela em razão da forma de cobertura assistencial.

Esses movimentos duplos se evidenciam desde a década de 70, período de consolidação do modelo ‘médico-assistencial privatista’, estruturado principalmente a partir dos anos 60, como conseqüência da opção governamental de expansão de cobertura pela via da compra de serviços privados em detrimento da ampliação da rede prestadora pública. O período é também de desenvolvimento das iniciativas empresariais privadas, voltadas para a assistência dos empregados das grandes empresas públicas e privadas, incentivadas pelo governo por meio da alocação direta de recursos. Concomitantemente, inicia-se uma articulação político-ideológica por reformas na política, no sentido das propostas construídas a partir do movimento sanitário como decorrência da crítica ao

modelo vigente e que vão encontrar condições favoráveis para sua viabilização com o aprofundamento da crise financeira decorrente do próprio modelo assistencial e no bojo do processo de transição democrática. Se o primeiro movimento refletia a visão predominante na burocracia previdenciária, em grande parte dominada pelos interesses empresariais na área da saúde, o segundo foi centrado na crítica ao financiamento do setor privado pelo setor público e construído com base em uma concepção publicista da atenção à saúde.

Já nos anos 80, ao mesmo tempo que se adensa o movimento pela reforma sanitária com o objetivo principal de garantir a universalização e a gratuidade do acesso à assistência à saúde, ocorre a expansão acentuada da assistência privada de forma autônoma, embora influenciada por uma série de decisões governamentais e por incentivos indiretos, capazes de conformar as decisões de atores privados, como usuários, prestadores de serviços e operadoras de planos privados. Essa expansão das formas privadas de assistência ocorre tanto dentro como fora das grandes empresas empregadoras, por meio da captação de clientes individuais pelas diversas modalidades de operadoras que comercializam planos de saúde. Correlatamente, o setor privado prestador de serviços vai deixando de ser dependente do financiamento público e passa a adquirir um novo mercado nos planos de saúde empresariais e individuais em expansão.

As decisões relativas à política de saúde no período refletem esses duplos movimentos. Se algumas favoreceram a assistência privada, a penetração das idéias e de participantes do movimento sanitário nas instituições responsáveis pelas políticas de saúde se traduziu em propostas e na efetivação de algumas políticas voltadas para o fortalecimento do setor público e para a universalização da cobertura, que podem ser vistas como precursoras da reforma definida na Constituição. Embora essas experiências não tenham logrado alterar o padrão assistencial fortemente institucionalizado, o conflito entre as propostas inovadoras e os interesses privados consolidados em razão das políticas anteriores se verificou em todas as ocasiões em que foram ensaiadas políticas que privilegiassem o setor público em detrimento do privado e que se diferenciavam do modelo de assistência prevalecente. Ao mesmo tempo, foram criadas novas instituições, como as AIS e o Suds, que passaram a funcionar como filtros das idéias da reforma.

Os movimentos contraditórios se expressaram na legislação e também no processo de implantação recente, pois, apesar das restrições, o SUS foi se institucionalizando, inclusive pelo reconhecimento público do direito à saúde. Nesse processo, outros atores se constituíram e passaram a disputar espaço na arena da saúde, particularmente os gestores municipais e estaduais e os conselhos paritários formados nos três níveis de governo, como exigência da legislação. A mobilização em torno da viabilização financeira da assistência pública mostrou a visibilidade e a importância política que ela assumira, bem como a rede de instituições e atores em torno do SUS, inclusive os prestadores privados e profissionais de saúde, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde. Duas lógicas operam na política de saúde: uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS, processo que de certa forma se tornou irreversível; e outra privatista, no sentido de ampliar a cobertura por planos e seguros de saúde, constituindo, ou consolidando, dois segmentos diferenciados, que se traduzem em duas estruturas institucionais e em um sistema de saúde dual.

Expressão e consolidação dessa dualidade, bem como do volume e da importância que o segmento privado assumiu, concomitantemente às mudanças institucionais no sentido de implantação do SUS, na década de 90 ganhou relevo o debate envolvendo diferentes atores, tanto governamentais quanto da sociedade civil, sobre a regulamentação da ‘assistência médica supletiva’. Tal debate culminou com a promulgação da lei 9.665, em 19/6/1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Em vez de um indicativo simplista de ‘fracasso’ do SUS, a regulamentação mostra que se tratou de colocar sob o controle governamental atividades que já estavam suficientemente institucionalizadas, de tal forma que o dispositivo constitucional que garantiu a assistência pública a todos por si só não demoliria. A regulamentação não fará nada mais do que completar o processo de consolidação do sistema de saúde dual do país, confrontando a lógica da assistência médica como uma mercadoria ou um produto à lógica do SUS, baseada na noção de direito de cidadania. O processo político que resultou na regulação da assistência privada é o objeto do próximo capítulo.