

SUS – uma visão crítica de sua definição constitucional. Questão democrática sem projeto nacional?

SUS - a critical view on its constitutional definition. Democracy without national defense?

Eduardo de Azeredo Costa¹

¹Médico, Doutor em Saúde Pública pela Johns Hopkins University. Professor titular aposentado da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz, sendo atualmente Assessor de Cooperação Internacional dessa mesma instituição.

Contato para correspondência
eduardodeazedocosta@gmail.com
Celular: (21) 98111.7666

RESUMO

O autor apresenta uma visão crítica da formulação do Sistema Único de Saúde que julga ter moldado de forma inadequada o desenvolvimento de uma prestação pública de serviços de saúde para a população brasileira. Argumenta que entre os determinantes das dificuldades de então, a integração de líderes do movimento sanitário na coalizão de forças políticas da Nova República e a criação de uma comissão pré-constituente, na qual o incipiente setor privado tinha assento, impediram de passar a limpo os caminhos que na ditadura promoveram a privatização dos serviços médicos da previdência social. Julga importante uma revisão de algumas reformas sanitárias que ocorreram em outros países do mundo nas décadas de 1970-80, para mostrar a singularidade da brasileira, que na sua opinião abria as portas para as políticas neoliberais na saúde. Finalmente advoga a necessidade de uma reforma do SUS.

Palavras-chaves: Reforma Sanitária, 8ª CNS, Saúde Coletiva, Serviço e Sistema de Saúde, Saúde e Desenvolvimento.

ABSTRACT

The author brings about a critical view of the formulation of the Unique Health System of Brazil, what would lead to an inadequate development of public health services for the Brazilian population. He argues that, among the determinants of the difficulties at that time, the integration of the leadership of the sanitary movement in the coalition of 'New Republic' and a 'pre-constituent body', in which the weak private sector at the time had seat, were prominent. In this way, it would not be possible to re-write the health postulations, which lead to the privatization of medical services of social security under dictatorship. He develops this idea presenting some previous health reforms in the 1970-80 in some countries to show a singularity in the Brazilian one, which in his view made the path for neo-liberal policies on health easier. Finally, the author advocates a new health reform.

Keywords: Health Reforms, Health History, Politics and Health, Health System or Service, Health and Development.

INTRODUÇÃO

O presente artigo nasceu de uma reflexão sobre os problemas do Sistema Único de Saúde (SUS), quase consensuais hoje¹, e de diferentes perspectivas, tanto econômicas², como assistenciais³, que podem ser atribuíveis a questões políticas internas e externas ao movimento sanitário brasileiro, no contexto de 1985-1990, na expectativa que indicasse caminhos para superar seus obstáculos e se constituir como um instrumento potente de democratização na saúde dentro de uma visão de construção de um estado de bem-estar social.

Para isso, foi retomada a temática de artigo publicado *'online'*⁴, e buscava-se situar e analisar os acontecimentos que desembocaram na proposta do SUS, desde a experiência vivida e percebida pelo autor, com documentação pessoal, organizada para palestra comemorativa dos 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada na ENSP/Fiocruz, em setembro de 2016, transformada em texto memorialista – ‘Um depoimento espontâneo e documentado’, reduzida num formato de ensaio para esta publicação. A mesa dessa conferência foi presidida por Hermano Castro, Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), e teve também a participação de Eduardo Stotz e Pedro Reginaldo Prata.

O processo político brasileiro, desde então, nos levou a considerar fortemente se este ensaio se mantinha atual e coerente, para levá-lo à publicação. O ataque pelos setores conservadores da sociedade às conquistas sociais das últimas três décadas, aliados aos interesses mercantilistas na saúde, pareciam fazer mais importante fortalecer laços políticos amplos, internos ao setor, para salvaguardar o que fosse possível.

Ainda que em muito tenhamos mudado a linguagem e editado material desnecessário para esse momento, concluímos que sim, que era ne-

cessário que o fizéssemos. Primeiro porque, ao repensá-lo, nos deparamos com a clara necessidade de discutirmos a fragilidade institucional da saúde, no contexto de um projeto de desenvolvimento nacional, reclamado por amplos setores da sociedade brasileira. Segundo porque temos que aprender com o passado em respeito à história e ao direito de crítica, como bem à possibilidade de fortalecer uma coalização de forças para superar o momento, isenta de verdades absolutas.

A propósito, alertamos que aqui não trabalhamos para ‘desconstruir’ nada, como alguém poderia aventar. Ao contrário, os avanços possibilitados pelo consenso político em torno da proposta do SUS são reais em relação ao que havia nos tempos da ditadura militar e abriram horizontes ampliados para a melhoria da saúde dos brasileiros.

Alertamos também que a análise aqui apresentada não parte de uma discussão sobre resultados de 30 anos do SUS. Essa é bastante complexa, porque, afinal, o impacto sobre a saúde da população depende muito de condições concretas de vida, afetas às condições de emprego, por exemplo, para o que certamente a democracia política contribuiu. Parâmetro necessário, também, seria analisar comparativamente a evolução dos mesmos indicadores em países latino-americanos, que não têm SUS, mas têm outro tipo de organização de saúde.

No entanto, grande parte da produção científica em torno da saúde brasileira procura colocar seus desafios⁵, muitos derivados de sua concepção, que não é questionada. Assim, partimos de uma análise mais política do nascimento do texto legislativo atual e suas consequências práticas para as ações de saúde pública.

Revisitamos a importante contextualização epidemiológica e sanitária, com foco na organi-

zação médico-sanitária do Brasil, fundamental para atualizar as crenças de sua natureza antes do SUS, disseminadas acriticamente hoje. Segue-se uma visão do contexto mundial da saúde a partir da 2ª Guerra mundial e enfoque nas constituições ou leis normativas que reordenaram a saúde em alguns países, estabelecendo fonte e hoje contraponto ao que foi aprovado na Constituição Federal de 1988 (CF88).

Por fim, é feita a contextualização política e econômica ao tempo da 8ª CNS e da Assembleia Nacional Constituinte (ACN).

Com o olhar no conjunto dos contextos examinados, lançamos a hipótese de que o movimento sanitário em suas condições objetivas propôs uma reforma que não foi capaz de passar a limpo as iniciativas tomadas pela ditadura no setor, procurando, isso sim, aperfeiçoá-las, sacrificando raízes, contraditoriamente, universalistas com seus componentes institucionais e político-administrativos, talvez na crença que a abertura para participação, como retomada democrática, seria capaz de criar as condições para as mudanças no quadro sanitário de modo igualitário.

A partir daí, são estabelecidos aspectos desafiantes para a implantação e evolução do SUS que temos, focando em aspectos cruciais que, debatidos, conduzem à necessidade de sua reforma, para viabilizar seu ajuste para o enfrentamento das condições reais da saúde da população brasileira, o que passa pela necessidade de um projeto nacional de desenvolvimento de caráter republicano.

Contextualização sanitária e epidemiológica

No governo Médici, que se iniciara em 1970, o Brasil crescerá a taxas altas de até 10% ao ano, fruto de investimentos em infraestrutura, tais como Transamazônica, Ponte Rio-Niterói, Hidroelétrica de Itaipu. Essas obras utilizaram empréstimos externos, alimentando nosso endividamento. Com Delfim Neto na Fazenda, o lema seria primeiro fazer crescer o bolo para depois dividi-lo. Portanto, nada de repassar a salários: arrocho salarial por não compensação de perdas inflacionárias de até 20% ao ano.

Na saúde, trabalho estatístico-epidemiológico do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio-Econômicos (DIEESE) teria notável impacto entre nós mostrava a correlação inversa entre a mortalidade infantil em São Paulo e o poder de

compra do salário mínimo, o que apontava para o engodo do crescimento econômico do ‘milagre’ e a importância da distribuição de renda.

A mortalidade materna subia junto com a prática de cesarianas comerciais desnecessárias estimuladas pelo pagamento previdenciário a clínicas precárias contratadas ou destinadas à esterilização feminina, bem como pela prática do aborto clandestino para evitar demissão, o que se constituía em agravo (não doença) do trabalho feminino.

Como corolário da violência da ditadura, aparecem os esquadrões da morte nas periferias urbanas e jagunços na área rural, aumentando a mortalidade por causas violentas.

Mas a problemática sanitária não se resumia a isso. Questões demográficas iam ainda agravar a situação de saúde, a urbanização, o envelhecimento da população, tornariam as doenças crônicas e degenerativas objeto da atenção epidemiológica. As obras de infraestrutura ampliavam a fronteira agrícola para o norte e centro-oeste do país. Conquistas anteriores ruíam e ameaçavam áreas antes indenidas de malária, leishmanioses e arboviroses.

O trabalho de barragens e estradas implicava habitações coletivas de jovens que vinham de todo o país. Nas folgas, as cidades vizinhas eram invadidas e desorganizadas socialmente (inclusive com disseminação de doenças venéreas).

Esse quadro contribuiu também para a maior epidemia de meningite de que se teve notícia no Brasil, que se iniciaria em 1970 e atingiria seu ápice em 1975. Os quartéis não ficariam indenidos e o problema seria tratado como de segurança nacional e, por isso, a lei da mordaza imperava nos jornais.

Com a Anistia (Lei 6.683/1979), no início do Governo Figueiredo, inicia-se, de fato, o processo de redemocratização, mas as consequências sanitárias do autoritarismo persistiam.

Na década da transição democrática, teríamos novos desafios epidemiológicos, o capítulo das doenças emergentes passava a se tornar crítico para a população brasileira. Entre eles, sem dúvida, a mais impactante seria a AIDS, impondo investimentos em ciência e tecnologia e pondo a nu a barbárie sanitária no abastecimento de sangue do país.

Mas velhos problemas continuavam e, alguns, eliminados ou controlados, voltariam. A industrialização sem planejamento urbano-ambiental produziria o reconhecimento, em 1983, que grassava há anos no “Vale da morte” em São Paulo, uma epidemia de anencefalia. A urbanização desorganizada, excludente, geraria desastres ambientais.

Apesar do sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola, o sarampo, com a vacina disponível desde 1965, espalhava-se, debilitando, incapacitando e matando milhares de crianças por ano. A eliminação da poliomielite passaria a ser objetivo na década de 1980.

Em 1981, ocorreria a primeira epidemia de Dengue no Brasil, em Boa Vista, estudada por Carlos Osana⁶. O *Aedes aegypti* fora erradicado do país na década de 1950, certificado em 1955 pela OPAS. Retornara aparentemente, em 1967, em Belém, graças, estima-se, ao contrabando de pneus nessa área, já que os outros países latino-americanos e os Estados Unidos não aprovaram a erradicação continental; ou seja, quem tinha a Amazônia era o Brasil. Autocontida a epidemia de Dengue em Boa Vista com a ajuda da Superintendência das Campanhas (SUCAM), as preocupações aumentaram porque, desde 1974, esse órgão do Ministério da Saúde (MS) sabia da presença do *Aedes* em Salvador.

No Rio, o *Aedes* provavelmente se estabeleceria em 1978. Mas o problema seria minimizado pela SUCAM pela baixa densidade do mosquito (menos de 5% era considerado insuficiente para a transmissão de febre amarela e não se pensava em dengue). E ninguém queria dar notícia ruim na ditadura. A epidemia de Dengue, em população sem imunidade, explodiria e se disseminaria pelo país. Quando a 8ª Conferência acontecia, o surto de dengue se alastrava, mas não fora identificado.

Contextualização da organização médico-sanitária:

Por mais que se encontrem resquícios de políticas sociais antes de 1930 no Brasil, é inegável que é partir da tomada de poder revolucionário pelas forças lideradas por Getúlio Vargas que se constrói a moderna nação brasileira.

Em 15 anos de poder, em período de grande instabilidade política e econômica no mundo, Vargas conseguiu assentar as bases econômicas e

sociais de um Estado Nacional, o que para outras nações foram necessárias várias décadas⁷.

Para nosso propósito, destacamos que a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública, juntamente com o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, foram os pilares para a efetivação das propostas políticas da Revolução de 30, que ainda teve o desafio federativo.

Do importante trabalho de Cristina Fonseca⁷ sobre a Saúde no Governo Vargas (1930-1945), resumidamente destacamos o que é reiterado muitas vezes ao longo de seu texto, que discutiremos adiante:

‘Como consequência, o desenho institucional adotado ganhou parâmetros universais, não restritivos, e consagrou o estado como o principal prestador de serviços públicos de saúde.’ (p. 21)

‘Ao contrário, observa-se um grande investimento nesse campo durante todo o primeiro governo Vargas. Um amplo arcabouço institucional foi planejado, organizado e gradativamente implementado, possibilitando a constituição de serviços de saúde abrangentes, com aspirações à universalidade. Qualquer pessoa poderia ter acesso aos serviços de saúde pública que foram sendo paulatinamente organizados em diversos estados do país. Era, portanto, para qualquer cidadão brasileiro que se destinavam as ações de saúde pública.’ (p. 56)

Marco do pós-guerra, em 1953, seria criado o Ministério da Saúde, desmembrado do Ministério da Educação e Saúde pelo presidente Getúlio Vargas, em seu segundo período de governo. Ainda que discussões e debates parlamentares sobre a proposta fossem bem mais antigas⁸, nesse mesmo ano, um brasileiro se tornaria o Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde, fruto do alto prestígio do Brasil no ambiente das Nações Unidas (ONU) e do trabalho desenvolvido durante a guerra em cooperação do Brasil e Estados Unidos na área da saúde⁹.

Em 03 de setembro de 1954, poucos dias após o suicídio de Vargas (24 de agosto), Café Filho assinaria a Lei 2.312/1954, das Normas Gerais de Defesa e Proteção da Saúde, a qual iniciava a integração da assistência médico-social dos Institutos de Aposentadoria e Pensões de várias categorias de

trabalhadores ao Ministério da Saúde. Essa lei, em seu art. 9º, já concebia a formação de um sistema nacional para articular sob convênio com União, Estados, Distrito Federal e Territórios, sem lhe dar características institucionais:

art. 9º. *‘Todos os serviços federais de assistência e de proteção da saúde estão sujeitos às normas gerais estabelecidas nesta lei. §1º. Os serviços de assistência ao trabalhador, mesmo integrantes de repartições paraestatais ou autarquias, bem como os órgãos particulares de assistência médico-sanitária mantidos com receita decorrente de legislação federal, ficarão sujeitos à orientação traçada pelo órgão federal de saúde. § 2º. Os Estados, Territórios e o Distrito Federal poderão firmar convênios com a União, através de órgãos de saúde, para maior desenvolvimento do sistema de assistência médica, sanitária, hospitalar e medicamentosa, sujeitos às normas federais.’*

O panorama da saúde não estaria completo sem apresentar os principais serviços existentes que funcionavam na conta do Ministério da Saúde (MS), de estados e municípios.

A atenção primária a cargo de estados e municípios era considerada de pouca eficiência, pois mais ‘preventiva’, como a atenção materno-infantil, a vacinação e o tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, com poucas unidades nos distritos rurais, mas a partir de 1945, o Governo Federal através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) promoveria atenção integral à saúde no norte, nordeste e sudeste B (Minas Gerais e Espírito Santo).

Vale referir que, no final da década de 1970, o Estado do Rio e o da Guanabara, ainda tinham grande rede pública, sendo de notável qualidade esta última. O mesmo acontecia no Estado de Pernambuco e em Brasília. Em vários estados havia hospitais de infectologia e pediatria, além daqueles ligados à previdência de servidores estaduais. O Governo Federal possuía unidades hospitalares especializadas, como o Hospital do Câncer, de Traumatologia-ortopedia, além dos hospitais para Tuberculose e Lepra. Já os serviços previdenciários eram federais autárquicos (hospitais e postos de assistência médica), sendo apenas esses inacessíveis (salvo para altas autoridades) a quem não fosse segurado da previdência. Todas as demais estruturas de saúde eram de *acesso universal*, inclusive aquelas, na maioria federais, que pertenciam às universidades públicas.

Registre-se, por oportuno, que, em 31 de dezembro de 1949, foi criado o SAMDU, Serviço Médico Domiciliar e de Urgência, a ser financiado pela previdência social e implantado no Governo Vargas de modo a dar acesso universal à população, ampliando seu financiamento por convênios com municípios e estados. O sucesso popular do atendimento público e universal foi significativo, de modo que, quando se ampliava para cada município, as ambulâncias eram aplaudidas na rua no seu afã operativo¹⁰. O pioneirismo pode ser visto se lembrarmos que é de 1965 a criação do “*service d’aide médicale urgente*” (SAMU) na França. Na mesma linha, no início da década de 1950, inicia-se o processo de unificação da previdência social e, em 1961, a convergência da gestão dos institutos, acaba por alocar a coordenação geral da assistência médica previdenciária em um deles. O Código Nacional de Saúde (Decreto nº 49.974-A/1961) foi promulgado no mesmo ano (Quadro I).

Quadro I**Artigos destacados do Código Nacional de Saúde de 1961*.**

Art. 1º.	O Código Nacional de Saúde regulamenta normas gerais de defesa e proteção da saúde a serem observadas em todo o território nacional por qualquer pessoa, física ou jurídica, de direito público ou privado, inclusive Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios, instituições civis ou militares, entidades autárquicas, parastatais e privadas, de qualquer natureza.
Art. 2º.	É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.
Art. 3º.	O Ministério da Saúde é o órgão federal ao qual incumbe o estudo, a pesquisa e a orientação dos problemas médico-sanitários e a execução das medidas de sua competência que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.
Art. 4º.	Compete aos Estados, Territórios e Distrito Federal organizar e fazer funcionar os seus serviços de saúde, bem como legislar supletivamente.
Art. 5º.	O Governo Federal poderá conceder auxílios financeiro, material e em pessoal, para a realização de serviços de assistência médico-sanitária, cujos planos tenham sido aprovados pelo Ministério da Saúde, que fiscalizará a execução.
Art. 6º.	O Governo Federal, por seu órgão competente, poderá participar, mediante convênios ou acordos, de programas de saúde dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios, ou assumir integralmente os encargos da execução.
Art. 7º.	Os órgãos públicos competentes estimularão a iniciativa privada que vier a colaborar com os serviços de saúde, dentro da orientação por estes traçada.
Art. 8º.	O Ministério da Saúde, ouvido o Conselho Nacional de Saúde, elaborará Normas Técnicas Especiais, que serão baixadas por Decreto, passando a integrar o presente Código.
Art. 51.	A autoridade sanitária competente, visando à aplicação de medidas adequadas, realizará investigações sobre as condições dos locais de trabalho, a natureza do trabalho e a saúde individual dos trabalhadores.
Art. 72.	O Ministério da Saúde promoverá, de modo sistemático e permanente, em todo o país, através dos órgãos médico-sanitários competentes, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência.
Art. 75.	A política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais.
Art. 89.	Os serviços de assistência médico-social, em todo o país, serão orientados, coordenados e fiscalizados pelo Ministério da Saúde.
Art. 109.	Para o provimento de cargos e funções, para cujo exercício seja indispensável o correspondente preparo ou especialização técnica, é exigida a apresentação do respectivo diploma ou certificado, expedido pela Escola Nacional de Saúde Pública, suas congêneres e Cursos federais ou outros, equiparados ou reconhecidos pelo Governo Federal, bem assim por Cursos anteriormente instituídos por lei federal.
Art. 110.	A aplicação do regime de tempo integral imposto pelo art. 25 da Lei nº 2.312, de 3-9-54, tem por fim possibilitar a indispensável dedicação exclusiva dos técnicos dos serviços de saúde no desempenho de suas atribuições.
Art. 127.	O Ministério da Saúde promoverá o desenvolvimento do sistema de organização sanitária com base na execução descentralizada dos serviços, por unidades locais, desempenhando todas as atividades de saúde pública.
Art. 130.	A transgressão de qualquer dispositivo deste Código, sem prejuízo da ação penal, sujeitará o infrator às penas e sanções de multa, advertência, intimação, apreensão, inutilização, suspensão, denegação ou cassação de registro ou licenciamento, interdição e outras previstas em leis e regulamentos.

* Ver íntegra: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>

Pouca atenção tem sido dada ao fato de que o Estatuto do Trabalhador Rural, com os mesmos direitos do trabalhador urbano, inclusive à assistência à saúde (art. 52), foi instituído pela Lei 4.214, de 1963, no Governo João Goulart. Porém,

com sua queda, seria implementado bem mais tarde, em 1976.

Em 1966, isto é, já na ditadura militar, houve a unificação dos institutos para a formação do

Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), dando maior acessibilidade aos trabalhadores e, ao mesmo tempo, concentrando capital na mão do Estado¹¹ e, ainda importante, a Lei 200/66, da reforma administrativa, definiria a busca da desoneração federal pela prestação direta de assistência, mantendo órgãos que o faziam como estruturas da administração indireta, autárquica ou fundacional¹. Em 1967, a assistência previdenciária sorrateiramente abria as portas para a privatização, que logo seriam escancaradas. O jornal *O Globo*, de 29 de julho de 1967, apresentava matéria informando que o INPS não mudaria suas finalidades, isto é, manteria a assistência médica e esclarecia que o que estava em marcha era transferência da prestação desses serviços próprios para empresas e particulares, que eram contratados ou reembolsados pelo INPS.

O ministro da saúde de Costa e Silva, em 1967, Leonel Miranda, trazia uma proposta ‘revolucionária’ que queria testar em Petrópolis: a integração de todos os serviços de saúde, públicos e privados, com financiamento público da previdência social e do Ministério da Saúde, além do estado e prefeitura¹².

O plano antecipava o que se constituiu no centro da ideia operativa do SUS, em 1988, sem prever, todavia, participação comunitária. Em nível municipal, o paciente, independentemente de ser segurado previdenciário ou não, passaria a ter direito a procurar qualquer serviço de saúde, o qual seria pago pelo ‘pool’ financeiro previdenciário, federal, estadual e municipal. Essa proposição atendia às reivindicações de setores médicos: o direito à livre-escolha, uma visão liberal da atenção médica; ou seja, os recursos públicos e previdenciários financiariam o setor privado também.

Aplaudido pela imprensa, o plano foi duramente criticado pelos *velhos* sanitaristas, em particular, pelo que advertia Carlos Gentile de Mello: os planos de saúde fracassavam porque seus mentores desconheciam economia, não necessariamente por más intenções. E aduzia ele que o pagamento por unidade de serviço, que seria a base do mesmo, era fator incontornável de corrupção, pois fazia com que até as amídalas fossem retiradas em duas cirurgias diferentes, onerando a previdência.

Gentile nos instigou por suas ideias, alunos que viviam o clima de 1968 na ENSP, a nos posicionar

¹ A memória nos leva à uma faixa na passeata dos 100 mil no Rio de Janeiro, em 1968: ‘AFUNDA A FUNDAÇÃO’.

por uma integração da saúde, mas contra o plano de Miranda, porque tinha viés liberal/privatista. Tal posicionamento foi tomado, à época, também pelo Conselho Deliberativo da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

O planejamento efetivo dos serviços públicos para uma cobertura de 100% da população, precisava que fosse derrubado o “muro da vergonha”, então em voga, nas palavras de um velho sanitarista (Manoel Ferreira), que separava o Ministério da Saúde da Assistência Médico-previdenciária, o que não seria do interesse político e econômico da ditadura. Mais simples, o projeto de privatização da atenção médico-hospitalar ficaria prejudicado pelo viés sanitário-normativo do Ministério da Saúde. A unificação da saúde passou a ser entre nós, *juvems* sanitaristas, desde 1968, uma agenda política.

O sucessor de Leonel Miranda seria o pesquisador Rocha Lagoa, do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), escolhido pelo presidente Emílio Médici, que abandonaria o plano de Miranda. Rocha Lagoa também promoveria a fusão da ENSP com o IOC, criando a Fiocruz, e a cassação dos pesquisadores, seus colegas de Instituto, além da demissão de vários celetistas da ENSP, esvaziando, de modo mais focado, o Departamento de Ciências Sociais.

Com a ditadura militar, junto com a retirada dos projetos habitacionais (criação do Banco Nacional da Habitação – BNH, com recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS), haveria a expansão dos serviços de saúde, prevalecendo uma política privatizante e corruptora na assistência médico-previdenciária. Como consequência, a proporção das despesas médicas, tanto das despesas previdenciárias, como da arrecadação, aumentou significativamente. Em relação à arrecadação, cresceu cerca de 80% – de 18,7% em média de 1959/64, para 32,5% de 1967/72¹³. O setor privado se expandiria com sua contratação para prestar a assistência constitucional aos trabalhadores e suas famílias, através do INPS. Essa expansão foi facilitada por financiamento para construção de clínicas e hospitais privados com juros subsidiados (Caixa Econômica Federal, Finsocial).

Logo, as empresas de maior porte podiam diminuir sua contribuição para a previdência social e, com esse valor, oferecer assistência médica para seus empregados e familiares. Por esse mecanismo, exerciam elas controle sobre a força de trabalho, especialmente selecionando e demitindo, e

trabalhando com as empresas médicas para maior ‘eficiência’. Desse modo, foi ganhando corpo uma miríade de pequenas empresas médicas coligadas à burocracia estatal e submissas às grandes empresas do país. Os planos de saúde que temos hoje se originaram da “medicina de grupo”, que passou a ser contratada então por empresas para seus empregados. Mas surpreende que, após o SUS, tenham crescido e cubram cerca de 20% das ‘vidas’ de brasileiros.

A expansão da fronteira agrícola, e outros projetos de infraestrutura energética e rodoviária no interior, especialmente, norte, nordeste e centro-oeste, criaram demanda para dois projetos, um da previdência e outro da saúde para a área rural e pequenas cidades. O Decreto n.º 77.514, de 29 de abril de 1976, regulamentou a lei de 1963 (Governo João Goulart) que instituiu benefícios e serviços previdenciários para os empregados rurais e seus dependentes e o Decreto n.º 78.307, de 24 de agosto de 1976, que criava o Plano de Interiorização de Saúde e Saneamento (PIASS) no âmbito do Ministério da Saúde, mas financiado em parte com recursos da previdência social.

A política privatista e expansionista dos serviços médico-assistenciais da previdência social, com o Plano de Pronto Atendimento (PPA), foi exacerbada, o que levaria à grave crise financeira da autarquia. O PPA ampliou a rede de atendimento de emergência de modo privado, isso é, qualquer entidade que registrasse um atendimento de emergência poderia cobrar do INPS. As fraudes dispararam e viraram na década seguinte objeto permanente do noticiário policial nacional¹⁴.

As clínicas conveniadas do Rio de Janeiro, em particular na Baixada Fluminense passavam a ser chamadas de ‘trambiclinicas’ na década de 1980. Eram contratos clientelistas da ditadura com conexão às piores práticas médicas e articuladas com o sistema repressivo. A desmoralização da atividade dos serviços privados conveniados era muito grande. O quadro era agravado pela insatisfação popular com o atendimento também nos ambulatórios próprios do INAMPS, que, em diversos episódios, foram alvo de quebra-quebra por parte da população.

De importância para entender as raízes do SUS foram a Lei 6.229/75, que criava e disciplinava o ‘Sistema Nacional de Saúde’. Os conceitos de sistemas remontavam a Bertalanffy¹⁵ e a aplicação à saúde proposta nos cursos de planejamento da

ENSP¹⁶. Nesse sistema *horizontal*, no plano federal, a saúde coletiva era coordenada pelo MS, a saúde das pessoas pelo Ministério da Previdência, a formação em profissões da saúde pelo Ministério da Educação, além de outros ministérios com interface nas atividades da saúde.

Contexto mundial da saúde:

A universalização da atenção à saúde como preceito de um processo civilizatório que se estabelecia no mundo a partir da 2ª Guerra, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (NHS) no Reino Unido, pressupunha um aporte financeiro considerável, que, por sua concentração estatal, sofreria assédio privatista ao longo de sua expansão para outros países. O acesso, na condição de coordenador nacional de convênio Brasil-Reino Unido para a estudar a Reforma da Saúde, na década de 1990, a ampla documentação do DHSS (Department of Health and Social Security) sobre o NHS, permitiu aprofundar seu estudo.

Na década de 1970, ficara claro que os custos do NHS, depois de um crescimento inicial, ficaram estabilizados por mais de 20 anos, pouco abaixo de 6% do PIB, enquanto cresciam desde a guerra os gastos em saúde de países da Europa mediterrânea¹⁷. De fato, os gastos aumentavam com o desenvolvimento tecnológico e o acesso aos serviços privados ficavam mais caros para as famílias e para os governos. O diferencial mais evidente que dava vantagem econômica ao serviço inglês, além da articulação direta da atenção primária com a assistência hospitalar, era o controle na introdução de tecnologias.

Esse quadro levaria a reformas sanitárias com a perspectiva de que o direito à saúde devia ser garantido por um *serviço estatal da saúde*. A década de 1970/80 provocaria assim várias situações que valeriam para nós, brasileiros, acompanhar. Evidente que, por nossa inserção, vamos nos limitar a umas poucas, que seguiram de alguma forma a trilha inglesa aberta em 1948. Vale lembrar que, em 1974/75, o NHS daria um passo significativo para avançar na equidade, redistribuindo seus leitos hospitalares no país.

Em uma referência introdutória, deve ser mencionada a Constituição da República de Cuba de 1976 (CRC76) no que se refere à saúde. Em seu capítulo I, artigo 9º, declara que o Estado garante ‘que não haja doente que não tenha atenção médica’, e no Capítulo VI, que trata da igualdade,

consagra o direito, sem restrições de qualquer natureza, de receber ‘*assistência em todas as instituições de saúde*’. No Capítulo VII, que trata dos direitos e deveres e garantias fundamentais, o art. 50 reza: ‘*Todos têm direito a que se atenda e proteja sua saúde*’.

O Estado garante esse ‘direito’ com a prestação gratuita de assistência médica, ambulatorial e hospitalar, odontológica, vacinação e outras medidas preventivas.

Em 1980, tínhamos na Nicarágua, saída da vitória revolucionária sandinista de 1979, a unificação da saúde e medicina previdenciária, com a criação do ‘*serviço nacional único de saúde*’. Na nova constituição de 1987 (ver Quadro II), o *estado garante o direito à saúde através da direção e organização dos serviços e programas*.

Uma referência ligeira ao Canadá é necessária porque, como em outros países do ‘Commonwealth’ britânico, organizou a saúde com peculiaridades surpreendentes, sendo uma delas a criação do que poderíamos chamar de *sistema nacional de saúde praticado por serviços públicos* de suas províncias com autonomia. Isso decorria, em parte pelas postulações da região francesa de Quebec, e pela dimensão do país, ou seja, os *serviços de saúde seriam provinciais e o país teria um sistema composto pelo conjunto dos mesmos*. Mas, no particular, a decisão mais interessante foi manter, como na Inglaterra, os médicos da atenção primária como autônomos, proibindo-os a prática privada, isto é, não podem cobrar por serviços já que o estado os remunera para todos os canadenses. Vamos muito sumariamente falar sobre países europeus, Portugal, Espanha e Itália, naquele período de 1970/85, ou seja, países latinos mais desenvolvidos do que o nosso, também capitalistas, que fizeram suas reformas de saúde no caminho da democratização com racionalidade sanitária para conter gastos, ou como fruto de revoluções democráticas de naturezas diversas (Portugal e Espanha). O artigo 65º da Constituição de Portugal de 1976, resultante da Revolução dos Cravos, como apresentada no Quadro II, mostra que o instrumento fundamental para garantir o direito à saúde foi a criação do ‘*serviço nacional de saúde*’. Apesar das mudanças constitucionais subsequentes, continua lá a pavimentar a saúde.

Na Espanha, com a morte do General Franco e o estabelecimento de um regime monárquico, há uma especial questão no desenvolvimento da saúde.

De fato, a aceitação da monarquia tinha de se dar num ambiente de profunda autonomia das ‘comunidades autônomas’, quase nações. Sem isso, o risco à federação era muito grande e se esgarça com a comunidade basca, levando ao avanço da ETA e reforço dos propósitos catalães, fortemente republicanos. Isso influenciaria sobremaneira várias áreas constitucionais, inclusive a saúde, ficando bastante genéricas. A Constituição foi promulgada em 11 de maio de 1978.

Na Espanha, por isso, o ‘*Insalud*’, que era o *serviço unificado de saúde*, criado em 1978 pela separação da Previdência Social, vai dando lugar ao ‘Sistema Nacional de Saúde’, conformado pelos 15 ‘serviços de saúde’ das Comunidades Autônomas na Lei Sanitária Geral nº. 14, promulgada em 25 de abril de 1986. Há muitos artigos interessantes sobre o processo espanhol e a visão de que a contrarreforma sanitária que se iniciaria no final da década de 1980 conformava o ambiente jurídico da saúde para o neoliberalismo.

Como declaradamente foi a ‘*Riforma Sanitaria*’ italiana a que mais inspirou o movimento sanitário na conformação da reforma brasileira, vamos olhá-la um pouco mais atentamente. A Lei da Reforma Sanitária italiana é de 1978 e não foi produto da Constituição no pós-guerra com a derrocada do fascismo. Essa, promulgada em 1947, fundaria a República democrática, com ênfase em direitos individuais e coletivos (ver Quadro II).

Os primeiros artigos da Lei 833, de 23 de dezembro de 1978, da República da Itália, intitulada ‘*Istituzione del servizio sanitario nazionale*’, para todos os fins considerada a Lei da Reforma Sanitária italiana, também são apresentados no Quadro II.

O direito à saúde originário da constituição italiana de 1948 com a ‘*tutela*’ do Estado (República) não o garantia na prática. Mantemos a palavra ‘tutela’ à italiana, mas a tradução portuguesa seria proteção ou defesa. O exemplo da Inglaterra devia ser absorvido: criar um *Serviço Nacional de Saúde (National Health Service)*, que muitas vezes é traduzido por sistema nacional de saúde, que o praticaria, não só o regularia, com claros preceitos de justiça social, inclusive normas para o planejamento com equidade (Quadro II, artigo 4: *Uniformità delli condizioni di salute sul territorio nazionale*). Esse artigo é fundamental: a equidade é o centro social da reforma e, para tanto, os planos nacionais e regionais de saúde são críticos.

Além disso, todas as mudanças legislativas europeias da década de 1970 ocorreram antes da Conferência de Alma Ata (1978) e instituíam, com prioridade, a atenção primária patrocinada pelo estado como base da organização sanitária, a exemplo do modelo inglês.

Quadro II

Excertos de legislações sobre saúde – 1950-1990.

País – Nome da Lei	Artigo(s) selecionado(s)
Brasil – Lei 2312/1954 Normas Gerais de Defesa e Proteção da Saúde.	“Art. 1º É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.”
Brasil - Lei 6229/1975 Cria o Sistema Nacional de Saúde .	“Art. 1º O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o <u>Sistema</u> Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação: ...”.
Brasil – Constituição de 1988.	“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, <u>devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.</u> ”
Brasil – Lei 8080/1990.	“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. ... §2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.”
Nicarágua –Constituição de 1987.	“Artigo 59. Os nicaraguenses têm direito, por igual, à saúde./ O Estado estabelecerá as condições básicas para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação./ Corresponde ao Estado dirigir e organizar os programas, serviços e ações de saúde e promover a participação popular em defesa da mesma. Os cidadãos têm a obrigação de acatar as medidas sanitárias que se determinem.”
Portugal – Constituição de 1976.	“Art. 65 –1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado <u>pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito</u> , pela criação de condições econômicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo. 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país; c) Orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos; d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde; e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.”
Espanha – Constituição de 1978.	“Artigo 43.- 1. O direito à proteção da saúde. 2. Concorra ao <u>governo</u> para organizar e proteger a saúde pública através de medidas preventivas e os benefícios e <u>serviços</u> necessários. A lei estabelece direitos e deveres de todos a este respeito. 3. As autoridades públicas devem promover a educação para a saúde, a educação física e esporte. Também estimular o uso adequado de lazer.’... ‘Artigo 148. - 1. As Comunidades Autônomas podem assumir competências sobre as seguintes matérias:... 21. Saúde e higiene...”
Itália – Constituição de 1948.	“Art. 32. A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade, e garante tratamentos gratuitos aos indigentes. Ninguém pode ser obrigado a um determinado tratamento sanitário, salvo disposição em lei. A lei não pode, em hipótese alguma, violar os limites impostos pelo respeito à pessoa humana.”

<p>Itália – Lei 833 de 1978 Institui o Serviço Sanitário Nacional.</p>	<p>“Título I – O serviço sanitário nacional Capítulo I – Princípios e objetivos 1. O princípio A República tutela a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade mediante o <u>serviço</u> sanitário nacional. A tutela da saúde física e psíquica deve ocorrer com respeito à dignidade humana e à liberdade da pessoa humana. <u>O serviço sanitário nacional é constituído do complexo da fusão, da estrutura, dos serviços e das atividades destinadas à promoção, manutenção e recuperação da saúde física e psíquica de toda a população</u> sem distinção de condição individual ou social e segundo a modalidade que assegure a igualdade do cidadão no relacionamento com o serviço. A atuação do serviço sanitário compete ao Estado, à região e a outros entes locais territoriais garantindo a participação do cidadão. ... 2. Dos objetivos ... Capítulo II Competência e estrutura 3. Programação dos objetivos e da prestação sanitária. O Estado no âmbito da programação econômica nacional, determina, com o concurso das regiões, os objetivos da programação sanitária nacional. (...) 4. Uniformidade da condição de saúde em todo território nacional. Como legislação do Estado, <u>as normas diretas são ditadas para assegurar condições e garantir saúde uniforme por todo o território nacional</u> e estabelecer as devidas sanções penais, particularmente, em relação à:...</p>
---	--

Nota: grifos do autor.

A Transição Democrática na Saúde.

Ainda que possa se argumentar que a transição democrática ainda esteja em curso, dois momentos parecem marcar o que segmentamos como tal. A Lei da Anistia em 1979 e a eleição de Collor em 1989, sendo marcos nesse período as eleições para Governadores de 1982 e a eleição de Tancredo Neves em 1985. É essa transição que examinamos. Cabe aqui ressaltar que algumas realizações no Governo do Estado do Rio de Janeiro são citadas pela inserção profissional e política deste autor à época. O enfoque desde esse espaço político específico não desmerece iniciativas de relevo em outros estados.

Governos estaduais eleitos em 1982 desencadearam várias mudanças significativas na saúde, em particular em áreas sensíveis que resultaram em ganhos de competência para quadros que revitalizariam a gestão pública no próprio Ministério da Saúde anos depois. Não hesitamos em dizer que o Rio de Janeiro foi polo de inovação, inclusive pela criação do Conselho Estadual de Saúde, com representação de sindicatos e associações profissionais e comunitárias. Entre muitas conquistas, a mortalidade infantil seria reduzida em 25%, ao tempo que crescia no Brasil. As atividades de controle de doenças transmissíveis reduziram a incidência e mortalidade da maioria delas em mais de 90%. Houve a criação de quadro de servidores

da saúde e concursos públicos foram realizados para milhares de vagas. O atendimento às emergências nas ruas pelas ambulâncias da Defesa Civil e a proibição do desembarque do isocianato de metila (o gás de Bhopal) e da comercialização do sangue são exemplos marcantes em diferentes campos da saúde de uma renovada saúde pública. Tudo com recursos que hoje seriam considerados reduzidos, inclusive pela grande prioridade do governo estadual ter sido a educação.

Na década de 1980, a subsistência das colônias de hansenianos e de doentes mentais crônicos marcavam a forte marginalização social de pacientes, subsistindo também, por conta dos estados, os hospitais asilares de pacientes crônicos de tuberculose. Esse fato marcaria a intervenção que, na democratização, era vital empreender, e os governos estaduais eleitos em 1982 iriam começar a realizá-la, com base na experiência internacional.

As estruturas de campanha que marcariam a luta contra as endemias e epidemias que grassavam no país nos tempos anteriores a 1964, usadas para controle e até erradicação, na transição democrática, foram aperfeiçoadas pela participação comunitária junto com a mídia. Em 1985, conseguiríamos realizar a primeira campanha “uma paulada no sarampo” – associada à vigilância, que abriu caminho para o programa de eliminação do

sarampo nas Américas: Albert Sabin viria ao Rio de Janeiro para avaliar o impacto¹⁸.

Não é possível encerrar esse capítulo sem consideração à 'transição democrática na saúde' e o papel de Aloysio Salles, que criaria, em 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS). Eleito Jair Soares, em 1982, Governador do Rio Grande do Sul, deixaria o Ministério da Previdência Social, dando lugar no Governo Figueiredo, a Hélio Beltrão, o criador do jargão 'as pessoas moram no município' e não no estado. Médico particular do Presidente Figueiredo, Aloysio Salles, Diretor do Hospital dos Servidores do Estado assumiria a presidência do INAMPS.

Para fazer frente ao descalabro que encontrara, instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o qual, sob sua orientação, submeteu ao Ministro da Previdência e Assistência Social, que aprovou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Portaria Ministerial nº 3.062/82).

No plano, destacava-se a preferência por contratos com a rede pública hospitalar dos estados e municípios, além dos privados, com pagamento por procedimento, o que era uma guinada na orientação privatizante anterior. Essa foi verdadeiramente a reforma na assistência médico-previdenciária empreendida, ainda no Governo Figueiredo, em função da crise econômica do país. O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) abraçou esse projeto. É de junho de 1983 a 'Carta de Brasília', proposta pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, na qual aprovamos a integração e unificação da saúde pública e saúde previdenciária.

Na prática, era uma boa maneira de sustentar os hospitais públicos estaduais que estavam sucateados, já que, de qualquer modo, os pacientes previdenciários eram atendidos na rede estadual, dado o acesso universal a eles; e compartilhar gastos estaduais sob pressão por mais educação, saneamento e intensa participação social que emergira. Para aqueles que tinham o projeto de um *serviço* nacional de saúde, paradigma mundial, um passo importante em uma conjuntura propícia.

Para a previdência, em tempos de crise econômica, em parte oriunda da dívida externa, e refém de uma dívida social representada por arrocho salarial e inflação elevada, representava uma divisão de responsabilidades, um modo de diminuir os gastos

com a rede fraudulenta privada, mantendo, como projetavam, a parte da saúde no seu orçamento na ordem próxima a 25% dos gastos anuais da previdência social e não 30% ou mais como atingira.

Em 1985, com os esforços da Secretaria de Estadual de Saúde, todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro já estavam integrados nas AIS, também começava a política de enfraquecer os estados na integração da saúde.

Talvez pelo tratamento discriminatório ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, em função da possível candidatura a presidente de seu governador, Leonel Brizola, a mesma prática de Hélio Beltrão continuaria com o Ministro Jarbas Passarinho: o INAMPS assinava, em separado, os contratos com os entes privados e os acertos com os municípios, sem a participação direta do estado (afinal era onde *não* morava o cidadão!).

Assim, em 1985, com a posse de Sarney, nomeados o Professor Hésio Cordeiro para presidente do INAMPS e o Professor Sérgio Arouca para a Fiocruz, companheiros no projeto de repensar a saúde brasileira, começaria a história oficial da Reforma Sanitária Brasileira. Parecia o melhor dos mundos para avançar, enfim, na universalização pública efetiva, com equidade, da saúde no Brasil.

Na nossa avaliação o ambiente político, em 1986, não era privatista na saúde. Ao contrário: até os políticos se internavam em hospitais públicos como todos nós, médicos e profissionais de saúde, nos socorriamos neles e os achávamos muito bons. Havia hospitais filantrópicos universais, mas de pobres recursos humanos e tecnológicos e alguns de ótimo padrão de comunidades tradicionais, como a Beneficência Portuguesa. Passamos aqui a designar como universal todo serviço de saúde que opere sem restrições, de ordem econômica, social, racial ou religiosa, a seu acesso.

As 'casas de saúde', ou clínicas com leitos para internação, e hospitais privados contratados pela previdência eram muito precários. Com poucas exceções, os hospitais mais procurados se destacavam mais pela hotelaria do que por qualquer outra razão técnica, tinham enfermagem pouco qualificada e outros riscos inerentes a seu objetivo raso de lucro.

Por isso, muitos militantes da saúde consideravam necessária a estatização da estrutura hospitalar, como acontecera com a Inglaterra nos primeiros

anos pós-1948. E isso, externado frequentemente nos ambientes da saúde, só encontrava opositores entre os donos de casas de saúde privadas conveniadas com a Previdência, na sua associação de representação, a Federação Brasileira Hospitalar, e na mídia que os servia. Afinal, a rede já pública precisava ser modernizada e não dependia de estatização. As Santas Casas seriam facilmente incorporadas ao patrimônio público e o principal era um plano de expansão que levasse a melhor acesso à população mais carente, ao tempo que simplesmente se descredenciassem os hospitais mais precários.

Contextualização política e econômica da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)²

O ano de 1986 iniciara com uma primeira crise grave para o Governo Federal da Nova República há pouco empossado, como consequência da enorme dívida externa brasileira da ordem de mais de 100 bilhões de dólares, elevando a inflação a níveis insuportáveis (mais de 10% ao mês!), o que acabava com os salários e desorganizava a economia. Em janeiro, a inquietação política era grande e consultas entre governadores e altos próceres da Nova República indicavam que uma decisão por *diretas já*, de novo, seria um caminho. No entanto, as medidas tomadas na hiperinflação argentina (Plano Austral) e israelense, chegaram à equipe econômica do Governo Sarney, que lançaria, no final de fevereiro, o Plano Cruzado – verdadeiro *populismo econômico*³ – que teria apoio dos economistas de esquerda do PMDB e do então PCB. Esse plano, no essencial, congelava preços e criava o dispositivo do ‘gatilho salarial’, ou seja, sempre que a inflação acumulada atingisse 20%, os salários seriam reajustados pelo mesmo índice! A popularidade de Sarney disparou: a população fiscalizaria os preços e denunciaria.

Importa dizer que, em menos de um ano, as coisas começaram a complicar nos setores empresariais, por preços da cadeia produtiva dependentes de importação, e a ciranda retornou. Pouco mais de um ano depois, já no início do ano de 1987, Sarney recorreria à moratória. Há muito, o principal da dívida externa não era pago, mas, agora, eram

os juros que superavam o crédito do balanço de pagamentos: não havia como pagar. O episódio resultou em perda de credibilidade do governo com o fracasso do Plano Cruzado – nem mesmo os setores de esquerda propuseram qualquer reação e mobilização popular de apoio à moratória: o governo, até o final do ano, voltaria a saldar suas dívidas por conta de novo empréstimo de 3 bilhões de dólares e submissão ao Fundo Monetário Internacional (FMI).

O importante, no entanto, para a Nova República, isto é, a retórica democrática de setores do PMDB/PFL e seus associados, é que o compromisso da Assembleia Nacional Constituinte poderia ser levado a cabo com a Nova República no poder e as eleições para o Congresso Constituinte se dariam ainda em novembro de 1986, juntamente com as eleições para governador, quando a popularidade do Plano Cruzado estava em seu auge. Nessa eleição, Darcy Ribeiro, candidato do PDT a Governador do Rio de Janeiro, foi derrotado por Moreira Franco, com o apoio das maiores lideranças do movimento sanitário ou ‘Partido Sanitário’.

O caráter da Constituinte foi decidido pelo Congresso de 1982, com seus 23 senadores biônicos, o mesmo que havia rejeitado as Diretas Já, que tirou o “exclusiva” da mesma, ou seja, tornava-se assim o mesmo congresso que conviveria com as decisões governamentais da Nova República. Não por menos, formou-se, no Congresso Constituinte, eleito em 1986, o ‘centrão’, para dar apoio a Sarney (vice-presidente eleito pelo Congresso, que assumiu o governo em virtude da morte de Tancredo Neves), influenciando decisivamente o próprio curso dos trabalhos da Constituinte. Outro viés na eleição da Constituinte foi ela não ser concomitante à eleição presidencial, já que deixava a temática nacional, que costuma empolgar eleitoralmente, se concentrar no Plano Cruzado e se voltar especialmente para estados e municípios, tirando as grandes questões do país da apreciação dos eleitores.

Creio que esse contexto é extremamente relevante para explicar por que, em 17 de março, vinte dias depois do lançamento do Plano Cruzado, Sarney seria ovacionado na abertura da 8ª CNS, e muitos ministros prestigiaram o evento. Não por menos, o fugaz sucesso econômico do Plano Cruzado, que chegou a levar à hipótese de se conceber um choque heterodoxo na saúde, viabilizaria a longa via política de democratização concertada com a ditadura militar.

² Esse capítulo pode ser referenciado com o material do CPDOC – Fundação Getúlio Vargas – sobre a Assembleia Nacional Constituinte, acessível pela internet.

³ Uso aqui o termo ‘populista’ de modo semelhante ao que sempre costumaram ser usados pejorativamente a políticos que governariam falando diretamente com as massas para implementar políticas econômicas de direita e se sustentar assim no poder. Sarney, com o plano cruzado conseguiu esse objetivo congelando preços e mobilizando a população para controlar os varejistas. O fracasso foi óbvio, não havia como funcionar nem a médio prazo.

O ambiente da 8ª CNS:

Em julho de 1985, é convocada a 8ª CNS por decreto assinado por José Sarney e Carlos Santana, inicialmente para acontecer em dezembro do mesmo ano. Mais tarde, Sérgio Arouca seria designado para presidir a Conferência. Em todos os estados se iniciaram os preparativos e a discussão sobre a temática, que pode ser vista no decreto de convocação.

Havia um conjunto de ideias já postas. Conhecendo razoavelmente o NHS e o nosso precário sistema nacional de saúde, pudemos publicar, em 1984, na Última Hora, artigos que sugeriam diretrizes para a unificação e democratização da saúde¹⁹.

Com muita ênfase no esforço organizativo com perspectiva de participação ampla e na conquista do direito universal à saúde, o movimento por uma reforma sanitária que se iniciara no final da década de 1970, possibilitado em boa parte pelo carisma de Arouca e, a partir de 1985, pela base institucional da Fiocruz e do Inamps, representava um ajustamento historicamente necessário e desejado por todos, participantes ou não da 8ª Conferência, até para dar legalidade ao que já se fazia.

Talvez o problema mais claro com a questão da participação na conferência é ter derivado para uma maciça predominância de profissionais de saúde por várias razões, tanto as ligadas às estruturas institucionais da saúde, como pelas entidades da saúde convidadas como entidades de médicos, enfermeiras, e de outros profissionais e ainda pelo fato que entidades como a CUT e os partidos selecionariam seus representantes, via de regra, entre seus membros profissionais de saúde. Um incidente marcou o início dos trabalhos. Agentes de saúde contratados, ameaçados de demissão, em movimento por seus empregos, foram ao evento reivindicando participação. Negociações permitiram, sem serem antes convidados, que participassem, mas sem direito a voto.

No ambiente da 8ª Conferência, como já mencionamos, a sensação era que, a não ser por detalhes, o que fosse proposto pelos dirigentes seria aprovado. Aliás, em cada grupo de trabalho, havia a presença da direção da organização. Ademais a pauta resultava do processo de preparação e era baseada também nas ideias já publicadas ou debatidas em conferências estaduais, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e outras entidades; de um certo modo os impasses

eram poucos, limitando centralmente a participação do setor privado.

Assim, não se esperariam muitos avanços, mas como sempre na história recente do Brasil, paralelamente, lá estava a mídia a patrocinar e projetar a reforma sanitária compatibilizada com os interesses privados. De fato, o Jornal do Brasil (JB), por exemplo, publicou editorial criticando o caráter estatizante da 8ª CNS ('Saúde Patrulhada', JB de 17/02/1986). No mesmo dia, ocorreria o incêndio do Edifício Andorinha, no Centro do Rio de Janeiro. No dia seguinte, enviaríamos carta ao JB, publicada no dia 19/02/1986, sob o título 'Andorinha', na qual mostrávamos a importância do setor público para a saúde de todos, apoiando os organizadores da 8ª CNS que se iniciaria um mês após.

No entanto, na palestra de Sérgio Arouca, na abertura da Conferência, ele já marcava que o setor privado não ficaria fora do processo²⁰.

Nesse ambiente, firmamos dois documentos divulgando nossa posição. Um deles, assinamos juntamente com outros jovens pedetistas da saúde²¹. Em outro, tirado pelo PDT, PT e a CUT do Rio, divergimos das propostas da Comissão Organizadora e defendemos a exclusão dos serviços privados no serviço nacional unificado de saúde a ser criado²².

Foi do plenário que o autor reportou ao público a ação da Secretaria de Saúde, que no dia anterior, em vistoria comandada por Cláudio Amaral Jr, epidemiologista muito conceituado no país nos anos de 1970/90 e responsável pela condução do Departamento de Epidemiologia e Controle de Doenças da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, fechara estabelecimento hospitalar privado conveniado com o INAMPS em Niterói pelas péssimas condições de higiene, o que foi estampado na primeira página do Jornal do Brasil.

Assim, na rotina de nosso trabalho, que havia antes fechado bancos de sangue privados, mostramos que o setor privado conveniado tinha as mazelas atribuídas ao público, sinalizando que a ação permanente da imprensa contra os serviços públicos não devia nos afastar da ideia de uma estrutura pública de saúde.

A mesa silenciou sobre essa intervenção e nenhum apoio foi tirado. Pedro Reginaldo Prata participou ainda da sessão que discutiria a questão do setor

privado – a mesa não tomou partido, e a proposta de sua exclusão foi rejeitada²³. Do mesmo modo, nada foi feito em apoio ao debate público que estabelecemos com o JB na defesa do setor público sob ataque até o dia 14/04/1986, quando conseguimos que nova longa Carta do Leitor fosse publicada, sob o título ‘Hospitais’, dado o apoio que recebíamos de usuários e da opinião pública, denunciando a origem privatista do ataque.

Talvez o mais importante a resumir é que houve assim um dissenso na proposta da 8ª CNS, minoritário, por óbvio, entre os delegados. Nosso abandono, antes do seu fim, depois da homenagem prestada a Wilson Fadul, como o Ministro da Saúde da 3ª CNS, foi justificado aos líderes da Conferência, por sua condução.

A leitura do Relatório Final é muito interessante e mostra a ambiguidade: em uma das plenárias da Conferência foi aprovada a estatização da indústria farmacêutica, o que embora citado, foi retirado das recomendações ao governo²⁰.

Da 8ª CNS à CF de 1988

No entanto, haveria um longo período até a Constituinte para o combate político e para que aperfeiçoássemos a proposta a ser levada.

Os caminhos para nossa participação foram ficando estreitos, até porque teríamos eleições naquele ano para governadores e legislativo. A criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) foi por nós considerada como traição a nossa agenda comum de trabalho e discussão até 1985, porque incorporava o setor privado, muito desmoralizado à época. Ademais, quanto mais intensos eram os debates constituintes no país, o tema era sequestrado a uma comissão designada oficialmente, composta por muitas autoridades e poucos representantes de sindicatos e de associações empresariais da saúde. Uma comissão pré-constituinte da saúde, não só aumentaria o peso corporativo, como incluía tudo o que já havia: não poderia mais excluir o setor privado das benesses do financiamento público.

À mesma época, repercutia muito mal a criação por Sarney de uma comissão pré-constituinte de juristas para preparação de projeto a ser analisado pela Constituinte (Comissão Afonso Arinos). Embora tivesse sido concluído seu trabalho, Sarney desistiu de encaminhá-lo a exame da ANC.

Nossa contribuição ao debate continuou através de participação, junto com a CUT, de emenda popular que difundimos, defendendo a saúde como um bem social e a unificação dos serviços públicos²⁴. Através do líder do PDT na Constituinte, Deputado Brandão Monteiro, em vários momentos procuramos inserir pontos na proposta, inclusive a que atribuía ao estado o monopólio da importação da matéria prima para a indústria farmacêutica (mas propostas fora do bojo da oficial CNRS eram rejeitadas). Também preparamos um substitutivo para todo o capítulo da saúde com o objetivo de registrar historicamente nossa posição, que condensava o proposto pelo MSS/PDT.^{25,26} O deputado Vivaldo Barbosa o defendeu na comissão de saúde, mas, segundo ele, os constituintes da saúde não o aceitaram, como Almir Gabriel (PSDB/PA), Eduardo Jorge (PT/SP) e Carlos Mosconi (PMDB/MG). Havia clareza de que alguns pontos dificilmente passariam, mas seriam importantes para avanços nas negociações.

Concebíamos um sistema nacional de saúde para poder regular o setor privado, mas com um serviço unificado de saúde público (não dependia de estatização de serviços privados). O Relatório da 8ª CNS²⁰ registra ainda a posição de Hésio Cordeiro a favor da ‘unificação’ da saúde. Reproduzimos alguns de seus dispositivos publicados pelo MSS/PDT²⁶, onde pode ser visto que havia diferenças importantes do que propôs a CNRS, que se tornou um grupo de assessoramento à Comissão de Saúde da Constituinte.

“Art. – A saúde como bem social se constitui em direito e dever de todos.

Art. – O Estado assegura o direito à saúde: ...

c) através da organização e manutenção de Sistema Nacional de Saúde que se assentará em Serviço Unificado de Saúde, público de comando único a cada nível de governo, que garanta acesso igualitário e gratuito a ações e serviços de saúde preventivos, curativos e de reabilitação a toda a população do país;

d) através da organização e operação do Sistema Nacional de Insumos Básicos de Saúde,...

Art. – A inobservância de deveres, preceitos legais ou atos normativos relativos à saúde e à segurança do trabalho constitui crime inafiançável.

Art. – Na defesa da saúde pública e da segurança do trabalho a autoridade sanitária, sem prejuízo de sanções penais cabíveis, poderá: ...

d) intervir ou desapropriar serviços de saúde.

Art. – O Sistema Nacional de Saúde observará: ...

b) política de recursos humanos com valorização profissional em carreira de acesso por concurso público, de tempo integral e dedicação exclusiva, salvo para os que acumulem cargos de ensino e pesquisa; ...”

As diferenças do texto aprovado são marcantes, inclusive o primeiro artigo, já que o ‘movimento sanitário’ propôs que a ‘saúde é direito de todos e dever do estado’, formulação que só aparecera antes no art. 176 da Emenda Constitucional nº 1, de 1969, para a educação. Mas não cabe discuti-la mais como proposta que não teve espaço político para sequer ser discutida nas instâncias oficiais, como a CNRS e na Comissão de Saúde da ANC.

Os registros aqui, pois, não pretendem recuperar o que, na prática, foi uma derrota tática, mas, sim, situar o debate estabelecido dentro da sociedade, já que a aliança conformada dentro da Nova República era, naquele momento, politicamente mais forte e foi vitoriosa, a ponto de ser praticamente consensual na votação final na Constituinte do Capítulo da Saúde.

Um caminho histórico perdido?

Um dos estudos mais importantes de análise da implementação da política privatista realizada na medicina previdenciária implementada a partir de 1966, de modo sumário já apresentado antes¹³, tem um parágrafo no seu capítulo 4 que transcrevemos:

‘A análise das instituições do setor saúde mostra que o Ministério da Saúde seria o lôcus privilegiado da implementação da hegemonia do projeto nacional-desenvolvimentista, correspondendo a sua perda de poder à derrocada deste projeto enquanto alternativa para a Política Nacional de Saúde.’

Enfatizava ainda que uma característica do período 1966/73 era ‘...o privilegiamento da prática mé-

dica, curativa, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo.’ (p. 208). Essa posição foi ainda tornada clara na lúcida intervenção de Sonia Fleury na 8ª CNS²⁰.

Em outras palavras, reformistas hegemônicos da década da transição democrática, entendiam perfeitamente que o desmonte da área afeta ao que se tornou o Ministério da Saúde, de 1953, que a ditadura promovera, a par de usar a medicina previdenciária de modo a desenvolver o complexo médico-industrial para acumular capital em setores monopolistas internacionais, era um contraponto à política nacional-desenvolvimentista do pós-guerra, então livre da luta antifascista, num período de democracia política.

Ressaltavam, porém, o ‘populismo’ como um mal contaminante, se associando ao tratamento preconceituoso de elites, inclusive acadêmicas²⁷, ao maior estadista da história brasileira no século XX.

Ademais, a base ideológica e o significado do esforço nacional pelo desenvolvimento econômico e social para a saúde são interpretados pelo Presidente Getúlio Vargas²⁸, na mensagem ao Congresso Nacional, em 1951:

‘Cada etapa da evolução econômica nacional, da mesma forma que corresponde a uma certa composição da população e a uma determinada distribuição de mão de obra, também apresenta seus definidos problemas sanitários a serem com possibilidade de sucesso solucionados.’ (Vargas, 1951)

Cabe, no entanto, examinar como se constituía a saúde dentro da política nacional-desenvolvimentista. Trabalho importante, já citado, sobre o período Vargas de 1930 a 1945⁷, mostra os avanços na saúde pública, como política associada a criar condições para o trabalho voltado ao projeto de desenvolvimento econômico e uma política médico-assistencial que a autora chamou de ‘dualista’, já que, paralelamente aos serviços públicos de acesso universal, com prioridade para área materno-infantil, desenvolvia a área médico-assistencial na previdência social, direcionada aos trabalhadores, essenciais para a urbanização e industrialização do país. Exatamente no espírito da Revolução de 1930, que privilegiava os trabalhadores especialmente ao criar uma justiça do trabalho paralela à justiça civil²⁹. Em ambos casos, podíamos até considerar que se tratava de uma ‘discriminação positiva’

visando um projeto de nação soberana, com seu forte componente trabalhista/nacionalista.

É útil marcar a lógica do nacional-desenvolvimentismo na saúde de 1930-64. No campo do controle de doenças, em que o controle ambiental se integrava com a área assistencial, houve inegável avanço que acompanhou a ‘Marcha para o Oeste’ e, logo, a incorporação econômica e social da Amazônia ao país. As ações da saúde pública para o desenvolvimento eram mais do que óbvias, eram necessárias para viabilizar a vida saudável, a ocupação e o trabalho.

Além disso, havia no ideário a percepção de que o setor social, especialmente a saúde e a educação, era importante como causa e efeito do desenvolvimento das forças produtivas. No entanto, havia uma visão ética de que o setor social, em si, não devia ser lócus de acumulação capitalista. A participação privada nesse setor continha preceitos ideológicos (escolas confessionais) e filantrópicos e deviam se integrar no planejamento governamental, seguindo sua orientação e controle. Esse viés se estendia em certo grau ao setor produtivo voltado para a satisfação de necessidades essenciais da população. O melhor exemplo disso é que o Decreto-lei 7.903/1945, Seção II, em seu artigo 8º. (*‘Não são privilegiáveis:’*), reza na alínea ‘2º) *as invenções que tiverem por objeto substâncias ou produtos alimentícios e medicamentos de qualquer gênero;*’.

Fonseca⁷, ao citar o trabalho de Weir³², contribui para elucidar esse aspecto da política varguista, genuinamente republicana:

‘A filosofia pública detém papel central na organização de políticas, porém, a ausência de idéias programáticas torna sua capacidade de direcionar políticas sociais limitada e difícil de sustentar. As idéias programáticas, por sua vez, apresentam maior influência quando se apoiam em uma filosofia pública, desde que apresentem também elos com a área administrativa. Idéias programáticas desenvolvidas sem referência à administração podem ser tecnicamente fortes, mas podem se mostrar politicamente impotentes.’...

‘Uma filosofia pública baseada em forte crítica ao liberalismo e ao sistema político que vigorara durante a Primeira República e que reforçou o campo das idéias programáticas voltadas para a defesa de um sistema centralizado e para a construção de um

Estado com investimento em políticas públicas’ (p. 15).

Outro aspecto era a previsão de que a sustentação econômico-financeira do setor social devia se desenvolver com a incorporação organizada dos trabalhadores, ou seja, as atividades com maior investimento tecnológico na saúde, a assistência médico-hospitalar complexa, deviam acompanhar a criação de empregos, ditando um ritmo, que de fato foi acelerado. Devemos entender que isso é liminar, especialmente naquela época em que o controle de fatores ambientais era determinante para o estado de saúde da população e preveníveis pelas ações profiláticas de largo alcance. No entanto, efetivamente, a assistência médico-hospitalar não excluía as áreas ou setores que não estavam sindicalmente organizadas, em virtude da ação do Ministério da Educação e Saúde. Como esclarece Fonseca⁷:

‘Acredito que somente ao compreender as implicações desses dois formatos de inclusão social – os quais, na minha hipótese de trabalho, se traduziram no contraponto entre corporativismo e universalismo – e esclarecer sobre as distinções e diferenças será possível delimitar melhor os atributos que definiram o perfil institucional da política de saúde pública nesse contexto fundador da política social brasileira.’ (p. 28).

Uma das críticas ao desenvolvimento da educação e da saúde públicas no Governo Vargas, que pretende justificar porque, à época, não se pudesse falar em direito à saúde, ainda que houvesse o dever do estado, é que seu desenvolvimento teria sido outorgado pelo governo, e não resultado de reivindicações de grupos sociais.

Creemos ser mais uma perspectiva equivocada. Parece refletir um mecanicismo pós-marxista na análise. Em primeiro lugar, a base ideológica do Governo Revolucionário era resultado de uma crítica política, econômica e social suscitada exatamente pelos conflitos sociais na República Velha. Era uma resposta baseada na vivência, por exemplo da Greve Geral de 1917^{31,32}. A contradição principal estava explicitada, e outras razões acessórias a expandiam para reivindicações de grupos sociais por vezes distintos na estratificação social existente.

Parece-nos que o próprio fato da incorporação do voto feminino, em 1932, não pode ser

considerado 'outorga'. Com ele, as questões da educação e da vulnerabilidade infantil em questão de saúde viraram interesses tanto de trabalhadores e trabalhadoras, como das classes médias. Ademais, como também notaria Fonseca⁷, dentro do aparelho de estado, os sanitaristas passariam, pela natureza de sua atividade, inclusive rural, a vocalizar necessidades de saúde. Aliás, um processo que aconteceu no mundo inteiro, com o exemplo histórico de Chadwick no século XIX.

Em suma, essa visão idealiza a atuação de grupos sociais para inscrever as ações sanitárias

meramente como meio de conciliação de classes para o desenvolvimento, como se representassem a única forma reconhecida de luta social, quando o avanço civilizatório joga no processo político e social mais geral a responsabilidade por sua incorporação às pautas públicas.

Para além dos programas de controle de doenças e de assistência médico-sanitária, de passagem, vale observar dados médico-hospitalares resultantes das ações do Governo Vargas. Para isso vamos ao Censo Hospitalar realizado pelo Ministério da Educação e Saúde em 1941- 42, sumarizado no Quadro III.

Quadro III

Censo Hospitalar do Brasil de 1941-42*

Tipo de Hospital	Nº. de Entidades	Nº. de Leitos	Leitos /1000 hab.
Especializados (*1)	183	48.228	1,16
Gerais (*2)	1051	68.441	1,59
Total (*3)	1234	116.669	2,75

* - Fonte: De Negri (2016).

(*1) - Doenças Mentais, Tuberculose e Lepra (internações de longa duração⁴).

(*2) - Não estão incluídos clínicas e enfermarias isoladas com menos de 25 leitos.

(*3) - A quase totalidade dos hospitais era público ou sem finalidade lucrativa.

4 A maioria desses leitos foi desativada ou transformada a partir de 1983. No caso do Rio de Janeiro havia três hospitais para doença mental, dois deles foram desativados até 1986. Dos dois hospitais de tuberculose, um foi desativado e outro foi reformado passando a ser hospital geral com pronto-socorro. As duas colônias de hansenianos foram separadas dos hospitais, com redução de leitos e transformadas em Institutos Comunitários, o que foi facilitado pela introdução da poli-quimioterapia.

Mais dados e referências podem ser encontrados em minucioso trabalho de tese de doutorado, que também cita os dados apresentados pelo Ministro Wilson Fadul na 3ª CNS3 para o Brasil em 1960: nº hospitais públicos: 371; nº hospitais privados: 2176 – ‘quase todos sem finalidade lucrativa e subsidiados’; nº total de leitos: 216.378. Índice de leitos/habitantes: 3/1000. O que Fadul ressaltava, porém, era a má distribuição desses leitos, concentrados nas áreas urbanas do sudeste e sul brasileiro, como até hoje o é.

Segundo De Negri³, os dados de 1976 e 1984 do IBGE, mostram o efeito das políticas do período da ditadura militar. Em termos do total de leitos em 1976 (433.888 = 4,1/1000 habitantes), houve significativo aumento na oferta, porém, para o índice dos leitos públicos, caiu para 1,1/1000, enquanto os privados atingiam 3,0/1000! De 1976 a 1984, mais 85 mil leitos privados foram incorporados, ou seja, somaram cerca de 410 mil (3,2/1000). Esse efeito foi obtido durante a ditadura pela criação do mecanismo de repasse da clientela previdenciária para o setor privado e, concomitantemente, com a redução dos orçamentos do Ministério da Saúde. Adiante, voltaremos ao trabalho de De Negri³, para observar a evolução da oferta de leitos após o SUS.

Em outro importante trabalho para a compreensão dos novos desafios e paradigmas teóricos para a saúde brasileira, também produzido no mesmo período sob a égide do PESES/PEPPE, encontra-se uma crítica ao provimento da atenção médico-sanitária pela Fundação SESP, como modelo distante da realidade nacional, de alto custo e que não poderia ser sustentado pelos municípios menores¹⁴. Assim, a base do que poderia ser a atenção integral à saúde com privilegiamento da atenção primária e hospitalar básica (que podia ser chamada de distrital) seria riscada do projeto do movimento sanitário brasileiro pelo custo!

Enfim, podemos concluir: estava descartada a trilha trabalhista/nacionalista (populista?) do pós-guerra. Era uma página virada. Manter e expandir o desenvolvimento capitalista dependente dentro do setor saúde foi um resultado previsível.

Antes da criação do Ministério da Saúde, a ação federal concentrava sua atividade em campanhas verticais e serviços de controle de doenças, além dos regulamentos sanitários, vistos pelos novos reformadores da década de 1980 como marca do atraso burocrático, e não como uma exi-

gência epidemiológica para as pessoas e para o desenvolvimento do país. Isso acabou levando à desintegração das ações de combate, volta de velhos problemas já controlados e incapacidade de ação pronta em um quadro epidemiológico descrito antes, em que as ações de saúde pública eram primordiais e devem ser feitas segundo planos nacionais adequados, não fragmentados.

Não menos importante é que o Ministério da Saúde já coordenava e normatizava as secretarias estaduais de saúde, desde a Lei 2.312, de 1954. Em outras palavras, não foi passado a limpo o período da ditadura; adotou-se o esquecimento do período democrático mais rico da história brasileira do Século XX, em que mais avançaram o país e os trabalhadores, com uma agenda econômica e social prejudicada com a morte de Vargas e mais tarde interrompida com a deposição de João Goulart. Dito isto, a historiografia atual na saúde parece ignorar totalmente a égide em que foi criado o Ministério da Saúde, o período nacional-desenvolvimentista no qual o Presidente Vargas criaria a Comissão Nacional de Energia Nuclear, o CNPq, o BNDE, a Petrobrás, pilares da nação soberana sonhada.

A simples passagem do INAMPS para o MS como uma autarquia parecia o caminho inicial da universalização da assistência médico-previdenciária integrado sob a coordenação do Ministério da Saúde, o que poderia ser considerado como o caminho histórico, já que as suas ações se voltavam, pelo menos como meta, para todos brasileiros e eram bem mais abrangentes. Em contraste, além de não ser universal, a assistência médica previdenciária nada tinha de ambiental e era muito pouco preventiva. A principal justificativa para não transferir a autarquia para o MS era proclamada pelo mais alto dirigente do INAMPS, como natural, não ideológica: seria um contrassenso, talvez uma afronta hierárquica, já que o mesmo detinha a maior parte dos recursos públicos da saúde. Construção da ditadura, por certo, que não estimulava visionários a desconstruí-la.

Por isso, possivelmente, também, avançaram no desmonte do ‘velho’ Ministério da Saúde, ao desfigurar a Fundação SESP e a SUCAM, que ficaram segregados, enquanto o INAMPS se incorporava no núcleo do então fraco Ministério da Saúde. O trabalho de saneamento básico que o SESP e a SUCAM promoviam, ficou fora dos objetivos da reforma, sempre privilegiando a aten-

ção médico-assistencial. Como tudo, seriam descentralizados para os municípios.

Getúlio, para criar o Ministério da Saúde, em 1953, foi influenciado pelo conhecimento vindo da Inglaterra, mas, no seu modo particular de governar, ajustaria as iniciativas ao processo político brasileiro. De fato, o SESP, durante e depois da 2ª Guerra, se transformou num instrumento de inovação sanitária no Brasil, o que contribuiu para o brasileiro Marcolino Candau se tornar o diretor-geral da OMS, em 1953⁹.

Mas, mais do que isso, a Lei 2.312, de 1954, que fixava as “Normas Gerais de Defesa e Proteção da Saúde”, que seria promulgada a 10 dias da morte de Vargas, rompe com o que orientava o DNS desde 1941, contém muito do que se considera conquista da Reforma Sanitária, desencadeada em 1986/88 e pensada a partir do quadro legal das CF67/69.

Creemos que a leitura dos primeiros artigos dessa lei (Quadro II) mostra o quanto se assemelha ao quadro legal de hoje, com a exceção da municipalização que seria proposta também, anterior a 1964, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, no Governo João Goulart, essa assimilada em nossa reforma sanitária recente, sem qualquer relação de fato ao que naquele momento significava.

O ambiente do pós-guerra, que com o desnudamento do nazi-fascismo e as conquistas em saúde da União Soviética, iria trazer uma visão singular do campo de saúde no processo civilizatório da humanidade, alterando constituições que reconheciam o direito à saúde. É interessante observar que a obra de um sociólogo alemão, Norbert Elias, publicada em 1939, seja o ponto de partida dessa perspectiva. Darcy Ribeiro, em livros, abordaria o processo civilizatório e seus entraves na América Latina.

Desse modo, esse processo desembocou na reforma do sistema de saúde inglês de 1946-48, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (NHS), como novo paradigma para países capitalistas avançados, na Declaração Universal dos Direitos do Humanos da ONU, de 1948, na criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), além do Saúde para Todos até o ano 2000 (Alma Ata) da OMS, em 1978. Em outras palavras, esse movimento criou um espaço de autonomia na concepção do setor saúde com uma perspectiva humanitária, mas com exigência técnica e financeiramente aceitável,

e depois também estimulou o acúmulo de capital em grandes empresas internacionais da saúde.

Apesar de tudo isso, não houve a retomada dos princípios estabelecidos antes de 1964 e avanço em relação exatamente à ação administrativa efetiva num serviço nacional de saúde, composto exclusivamente pelos serviços públicos de saúde, como no caso dos países europeus citados antes. Em outras palavras, ao invés de aperfeiçoarmos o desenvolvimento da Saúde dentro de princípios universais anteriores à ditadura militar, o abandonamos e trabalhamos na crítica e correção parcial ao desenvolvimento na ditadura.

Quatro questões ligadas à proposta do SUS a debater:

Questão 1 – Porque a Reforma Sanitária brasileira abandonou o núcleo da Reforma Italiana: a criação do Serviço Sanitário Nacional?

Antes de tudo vamos repetir: o mais importante da Lei 833/78 da Itália, *seu objetivo*, não foi assimilado na Constituição do Brasil: era instituir o “**Serviço Sanitário Nacional**”!

Uma hipótese explicativa é que, ao conhecer a reforma italiana a partir da visão e contribuição do PCI, foram desfocados aspectos importantes de sua natureza operativa, mas não foram abandonadas as importantes propostas para a saúde mental. Fomos alertados para essa questão por representante do Partido Socialista Italiano, no seminário que muitos de nós do movimento sanitário brasileiro participamos na CGIL, em Roma, em 1979.

Eis o centro da questão, não é possível implementar os esforços para dar maior equidade sem planejamento central que assuma esse propósito e sem instrumentos administrativos institucionalmente integrados (o que preconiza a reforma italiana). Entenda-se, não é isoladamente o direito legal e as políticas que venham a ser preconizadas que garantem a saúde coletiva, mas sim um organismo público operativo, o serviço nacional de saúde. O primeiro e maior desafio nesse sentido na Itália foi a organização e implementação da atenção primária à saúde. O que no Brasil ainda iria depender da municipalização da saúde, uma ‘ênfase’ constitucional.

Sobra a impressão de que a garantia legal, crescente no caso brasileiro, se torna operativa apenas quando a saúde é vista como um bem

individual, já que a justiça é acionada, em geral, individualmente, para obter medicamentos não disponibilizados pelo SUS.⁵

Questão 2 – Uma simples palavra ‘Sistema’, não ‘Serviço’, tem toda a potência para fazer diferença no resultado da reforma sanitária? E o ‘Único’ – Não fortalece o sistema?

Gentile definia que o conjunto dos serviços, ações, públicas ou privadas que existiam no país constituíam o que se convencionou chamar de ‘sistema nacional de saúde’,³⁵ anárquico sem qualquer integração³³.

Conquanto tenha se tornado natural falar em sistema de saúde, por melhor acomodar relações entre partes autônomas sujeitas à normas ou políticas (diretrizes) e sujeitas à fiscalização governamental, sua amplitude trás para sua concepção, não apenas prestadores de serviços públicos ou privados, nacionais, mas potencialmente também internacionais.

É interessante lembrar, no entanto, que, na tradição administrativa federal, os serviços são executivos e os sistemas são horizontais, integrativos e normativos. Exemplo é que havia serviços de pessoal em cada ministério e um sistema de recursos humanos federal. Não havia a intenção de integração vertical nem no Sistema Nacional de Saúde de 1975, pelo reconhecimento da autonomia dos entes federativos. É útil entender algumas coisas decorrentes dessas palavras-conceitos na história da transição neoliberal. A Teoria Geral dos Sistemas³⁸, de utilidade em análises que visam integração de campos diversos do conhecimento, diz pouco sobre a organicidade das partes integradas. Menos ainda é capaz de incorporar elementos históricos e culturais, fundamentais, no desenvolvimento institucional. No nosso campo da saúde, cremos que pode ter havido uma confusão entre algumas lideranças do movimento sanitário, sobre o que significava ‘sistema’ e em que diferia de ‘serviço’ – até hoje é confundido – mas as suas implicações asseguraram na prática, que terceiros privados pudessem ser naturalmente contratados para executar as ações públicas.

E o pior! Com o avanço neoliberal, produziu-se, nesse espaço, a desnacionalização crescente desse

setor privado inicial (caso típico dos laboratórios diagnósticos), como acontece nas economias dependentes. Podemos dizer ainda que a gestão de um serviço de saúde se volta às necessidades, sentidas ou não, de saúde da população, enquanto a gestão do sistema trata da coordenação dos serviços para atender às demandas de saúde ou a ‘políticas’, ou seja, os serviços falam com a população e os sistemas com os gestores.

O fundamental, no entanto, é que o serviço público é operado pelo Estado, pelos governos, de modo direto, como no caso de Inglaterra, Portugal e Itália, ou através de sua administração indireta, como uma autarquia. Em países grandes, os serviços ou as autarquias tendem a ser provinciais ou estaduais (Canadá, Espanha), enquanto o Estado Nacional normatiza sua atividade e define políticas e implementa ações que busquem equidade entre eles.

Em oposição aos ‘Serviços’ (prestação direta pelo poder público), o Banco Mundial passou a advogar o conceito de ‘sistema de saúde’, pulverizando os serviços de saúde estatais e dizendo que representa a integração de tudo que se refira à saúde, o que seria seguido logo pela OMS, afinal dele dependente da década de 1980/90 aos dias de hoje. Estava em andamento o ajuste da saúde ao neoliberalismo hegemônico nas instituições financiadoras da saúde, para que fossem transferidos progressivamente os serviços de saúde para o setor privado, o que encontraria na legislação brasileira oriunda da reforma sanitária um campo jurídico livre a partir dos anos 1990.

Em outras palavras, contrariamente ao movimento dos países europeus de adotar a organização dos serviços públicos de saúde nas décadas de 1970 e 1980, para os países em desenvolvimento, na década seguinte em diante, a receita era oposta³⁴.

Do capítulo I – *Sistemas de Salud en America del Sur*³⁵ extraímos os seguintes trechos:

“...el primer texto que el Banco Mundial publicó sobre salud, intitulado ‘El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo’ (1989), planteó três medidas: privatizar, descentralizar y cobrar por los servicios de salud. A estas medidas se agregaron três supuestos base: i) que los sistemas de salud tienen cuatro funciones fundamentales: la rectoria, el aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios

⁵ O gasto do Ministério da Saúde com aquisição de medicamentos por judicialização em 2010 foi de R\$ 132,5 milhões e em 2016 chegou a R\$ 1.292 milhões, quase dez vezes mais em 5 anos.

de salud; ii) que el buen funcionamiento del sistema requiere separar estas funciones, correspondiendo al estado solo la función de rectoria, pudiendo transferirse todas las demás al sector privado; y iii) que ante la supuesta imposibilidad de construir sistemas públicos universales integrados de salud, la salida es el 'pluralismo estructurado' es decir, mantener la fragmentación pelo ordenándola.” (p. 63)

Na página 21 da mesma publicação, os autores transcrevem que o sistema de saúde é, segundo a OMS, a *'suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población'*.

Assim, com precedência de cerca de um ano, o Brasil adotaria um conceito 'avançado', que de fato tem maior abrangência, mas secundariza a coluna vertebral de um sistema de saúde, a organização eficiente de um serviço público nacional, diretamente responsável pela prestação de serviços de saúde às populações dentro dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que são advogados por nossa constituição. A outra questão decorrente foi tentar dar funcionalidade sistêmica a entes federativos de várias instâncias com autonomia político-administrativa.

Há, no entanto, a possibilidade de que havia clareza da direção ou da assessoria do movimento que a palavra 'sistema' continha a intenção de manter os serviços contratados pelo INAMPS como elementos do SUS no texto constitucional.

A inserção, a partir de 1985, na Nova República, de alguns dos melhores quadros do movimento sanitário, que passaram a ocupar altos cargos no INAMPS e FIOCRUZ, pode ter sido crucial para que a composição com o setor privado ocorresse, dada a natureza política do Governo Sarney.

Ao tirar seu rumo da universalização sanitária pública do Ministério da Saúde, descaracterizando instituições importantes como a Fundação SESP e SUCAM e admitindo a contratualização de entes públicos da saúde com o setor privado, o modo de operação desenvolvido pelo INAMPS no período autoritário se tornaria imanente ao sistema (vide art. 97 da Constituição), o que resolvia eventuais resistências do setor privado ao projeto; mas dificilmente teria volta.

O “único” de nosso sistema merece também consideração. É verdade que o Ato de 1946 que criou o NHS para o Reino Unido, implementado inicialmente na Inglaterra e Gales em 1948, o definia como “único” (*one single health service*, para todo o Reino Unido), continuou “único” apenas para os dois países. Mas isso nada tem a ver com um único sistema de saúde para um único país!

O ‘único’ pode ter sido para dizer que incluía todas as ações executadas por instâncias administrativas e tipos de serviços, públicos (federais, estaduais e municipais) e privados conveniados ou contratados. Enfim, é lícito admitir também que houve uma dificuldade política da Nova República, por suas contradições, que tinha de eliminar a ‘unificação’ do nível central, o que era o caminho ‘natural’ para integrar os serviços públicos que existiam.

Questão 3 – Por que a equidade resultou em uma questão mais acadêmica do que do planejamento institucional?

Ora, no centro da questão da reforma devia estar o modo de viabilizar a equidade na saúde para buscar justiça social em meio a um sistema econômico abusivo como o que prevalece em países subdesenvolvidos e cujas elites apátridas e legatárias do escravagismo não são comprometidas com o bem-estar de todos.

O ‘SUS’ ficou extremamente exposto aos desígnios político-partidários eleitorais por seu centro de ação executiva estar em mãos de secretários de saúde municipais, quer dizer, de prefeitos. Resultou em incapacidade do setor público de planejar e implementar medidas necessárias, rápidas e eficazes, voltadas para a melhoria dos níveis de saúde da população que mais necessita do setor público, eis que caiu na armadilha da modernidade ‘sistêmica’ e na supremacia de políticas sobre a ação sanitária devidamente normatizada para atender a necessidades de saúde.

De modo muito peculiar, na década de 1990, eram considerados jurássicos os que resistiam à lei das patentes e à destruição de estatais, defendiam a estabilidade do emprego, opunham-se à terceirização. Justificando esse epíteto, continuamos a sê-lo quando lembramos da diferença entre Serviço Nacional e Sistema Único.

O planejamento nacional de saúde foi substituído por esparsas ‘políticas’ de aspectos da saúde e de sua necessária democratização. Assim, não permite às estruturas estaduais ou federal se debruçar sobre as desigualdades no acesso e na relação dos cidadãos com os serviços de saúde, e assim fazer propositiva desde prioridades até discriminação positiva.

A complexidade das instâncias de negociação e pactuação, a interveniência de atores da política eleitoral, levam a situações que impedem avanços reais na equidade e inviabilizam até instrumentos como os ‘consórcios’ de municípios, e a regionalização efetiva.

O comando único em cada esfera de governo, hierarquizando a gestão, foi submetido a intrincado processo de desierarquização a cada passo nas esferas de governo, fragmentando a oferta de serviços de saúde.

Vale lembrar que a organização de distritos sanitários com tamanhos semelhantes, desde o NHS, tem sido utilizada para poder implementar ações com maior equidade. Nos conselhos comunitários dos distritos sanitários estão prefeitos, ou seus representantes, entre os demais conselheiros comunitários.

Nesse sentido, a opção declarada de começar a implantação do SUS a partir dos municípios foi muito perturbadora: como planejar para a equidade, por exemplo, primeiro descentralizando, para depois integrar o que já tomara rumos próprios, sem a coordenação efetiva das secretarias estaduais. Ademais, a municipalização no caso brasileiro trabalha contra a equidade, princípio mais profundo da democratização da saúde, por sua diversidade e imensas desigualdades. Segundo estudo da FIRJAN³⁷, 1.856 dos 5.569 municípios brasileiros (1/3) não têm receita própria para sustentar as despesas administrativas da Prefeitura e da Câmara de Vereadores.

O trabalho de tese de De Negri³, já citado, exemplifica bem os problemas estruturais do SUS para reverter a realidade imposta durante a ditadura militar.

Em 2014, vinculados ao SUS havia 8.026 hospitais (3.257 públicos e 4.605 privados) com 347.032 leitos (1,7/1000), sendo 174.630 públicos (0,86/1000) e 171.558 privados (0,84/1000), lucrativos ou não.

Somados aos leitos privados, não SUS (0,63/1000h), chegamos a 2,2/1000, proporcionalmente menos do que na década de 1940!

Ainda que a complexidade do tema hospitalar desaconselhe, sem aprofundamento, comparações de época, em função das mudanças nos padrões demográficos, epidemiológicos e tecnológicos, algumas observações desta tese devem ser registradas.

A principal é a incapacidade do SUS de normatizar e planejar a distribuição dos leitos, chamando a atenção ainda para o fato de que, em 2014, refletindo a municipalização, mais de 10% dos leitos do setor público estão em hospitais com menos de 30 leitos! Ou seja, cumprindo um papel mais assistencial social do que médico-hospitalar. Retirados esses leitos do indicador de 2014, teríamos os índices de menos de 1,6 leitos SUS por habitante, caindo os leitos públicos para menos de 0,7/1000 habitantes. Paralelamente, temos alta concentração tecnológica no sudeste e sul brasileiros.

Tendo estudado as propostas de planejamento hospitalar do SUS, De Negri³ chega a propor resgatar o planejamento decorrente do censo de 1941-42, da Era Vargas, publicado em 1946, pela clareza de suas propostas quantitativas e distributivas. Para nosso objetivo, selecionamos algumas das observações conclusivas dele sobre as dificuldades para o planejamento:

Precarização do papel reitor dos estados;

Fragilidade dos mecanismos de indução para a organização de redes assistenciais;

Supervalorização da municipalização;

Necessidade de superar a lógica de construção de políticas de saúde a partir da publicação de portarias.

Creemos não ser necessário desenhar o que o pesquisador verifica. Porém, afirmar que os esforços são dispersos no “sistema” de saúde brasileiro. Lamentavelmente todo o justo e honesto ímpeto na criação do SUS, reforçando o caráter democrático da proposta, não tinha condições de superar a lógica do jogo democrático-eleitoral reinstituído por Sarney.

Questão 4 – Qual o efeito da coexistência de serviços públicos e privados num ‘sistema único’ no financiamento público?

Não pretendemos abordar aqui a questão das fontes de financiamento direto, orçamentário público para a saúde nos vários níveis de governo e sua evolução. Mas devemos registrar que, nesse momento de vigência da EC95, há grande constrangimento à prestação de serviços diretos ou contratados pelo SUS de importância vital para os brasileiros, que exigem unidade do setor para revertê-la.

Mas acreditamos que o setor contratado, com ou sem fim lucrativo formal, especialmente aquele de alta tecnologia, exercerá pressões políticas diretas ou pelos seus interesses associados na mídia, tendendo a ser menos prejudicado pelos cortes orçamentários.

O que precisamos analisar, associado às formulações constitucionais da saúde e de outros dispositivos da CF88, são os privilégios associados ao setor privado da saúde em termos de financiamento público.

Em resumo, consideramos que as concessões ao setor privado levaram a um liberalismo em nosso texto constitucional com ampla abertura à participação do setor privado:

de modo independente, através de planos de saúde e de serviços contratados pelo SUS, todos, pelo menos em parte, financiados com recursos públicos por desoneração fiscal de produtos de importação, pelo pagamento dos serviços privados contratados, pelo reembolso pessoal de despesas em saúde realizadas pelo abatimento de imposto de renda (apenas, das pessoas de renda tributável, claro) e, em especial, pelos gastos com planos de saúde feito por empresas empregadoras como benefício a seus trabalhadores².

E o pior efeito é que cresceu um setor privado associado a uma mídia que deles depende e vive da propaganda enganosa da alta tecnologia, a qual, de resto, somos ainda importadores. A questão não se encerra aí! A CF88 aprovou o abatimento também para efeito de desconto do imposto de renda das despesas com propaganda das empresas, tornando um processo circular, financiado indiretamente pelo estado, que, portanto, promove o setor privado.

Assim, haveria hoje menor investimento público aparente (3,8% do PIB) do que privado (4,5% do PIB) na saúde, nos cálculos oficiais, o que não é verdadeiro. Comparação do Brasil com alguns países europeus para 2014 mostra que, se somarmos os gastos ‘públicos’ em saúde com os ‘privados’, gastamos 8,3% do PIB, enquanto no Reino Unido esse valor é de 9,1%. Porém, do gasto total em saúde, o Reino Unido dispense 83% no setor público e o Brasil, 46%³⁷. A alta proporção do gasto privado no Brasil é, no entanto, artificial, uma parte considerável dele é resultado de transferências públicas diretas e indiretas para o privado.

E o modelo assistencial brasileiro ficou definitivamente comprometido pela má prática mercadológica associada à propaganda da alta tecnologia em matéria de saúde – uma perversão à brasileira que sustenta as grandes empresas multinacionais e até faz a população brasileira de cobaia, pelo uso de produtos com pouca aceitação mundial pelo risco envolvido na aplicação em largas escalas. Um simples dado orçamentário bem mostra esse efeito: entre 2003 e 2015, a destinação na LOA para o MS evoluiu de R\$ 30,6 bilhões para R\$ 121 bilhões (cerca de quatro vezes maior), enquanto a destinada a insumos estratégicos passou de R\$ 1,5 bilhões para R\$ 14,3 bilhões (quase dez vezes maior). Segundo dados do INESC³⁸, a preços corrigidos, o gasto do Ministério da Saúde com medicamentos evoluiu de R\$ 9,07 bilhões, em 2008, para R\$ 17,39 bilhões, em 2018. Vieira³⁹ em texto para discussão foca na questão dos gastos totais do SUS (inclui estados e municípios) com medicamentos apenas, que passaram de R\$ 14,3 bilhões, em 2010, para quase R\$ 20 bilhões em 2015. Registra ainda uma queda para R\$18,6 bilhões em 2016, que atribui à crise financeira. O autor deste ensaio esteve diretamente ligado ao setor do MS naquele ano e esclarece que através de negociações foi obtida significativa redução nos preços de aquisição, com economia de pelo menos metade da redução citada, só nas compras do MS, em 2016.

No entanto, em que pesem esforços feitos para a nacionalização da produção de fármacos e medicamentos, o déficit comercial da saúde do Brasil subiu de US\$ 5 bilhões em 2007 para US\$10 bilhões em 2013, a preços de 2018⁴⁰, o que não surpreende e mostra a urgência de uma política nacional-desenvolvimentista para setor. De fato, a incorporação de recomendações de novos ‘consensos’ terapêuticos ou preventivos, sem prévia articula-

ção industrial nacional, em muitos casos, leva a situações de dependência, aguçadas em um país que considerou que a política de substituição de importações era nefasta. É esse caráter que faz com que o ‘mais recursos para a saúde’ sem dizer para quem, seja apoiado amplamente, inclusive por adversários da equidade, favoráveis aos bons negócios. Não por menos, cresceu substancialmente uma bancada de parlamentares da saúde privatista ou associada aos interesses comerciais do setor.

A questão da medicina de família, da atenção básica de saúde, também foi pouco compreendida naquele momento da formação do SUS, apesar do posicionamento de Gentile de Mello⁴¹, que faleceu em 1982, e acabou se desenvolvendo como um programa não como a chave do sucesso de toda a assistência médico-social: deveria ser para todos como apontava a experiência do NHS, e não apenas para os setores com menor poder aquisitivo.

CONCLUSÕES

A formulação constitucional do SUS, refletindo o contexto político, econômico e sanitário ao tempo da Assembleia Nacional Constituinte, parece ter absorvido não só as ambiguidades de uma coalizão que não rompia com o legado da ditadura de 1964 na saúde, como, também, não valorizou o quadro pré-1964, que foram tempos de avanço econômico e social real do Brasil, em particular, a partir da CF46, ou seja, no pós-guerra.

De outro lado, o exemplo dos estados de bem-estar social não foi seguido, ao incluir o setor privado para prestar serviços de saúde oferecidos pelo estado. Adicionalmente, em um país dependente, que criticava a política de substituição de importações, os avanços tecnológicos passaram a onerar fortemente o setor de saúde. Assim, a questão democrática na saúde, sem projeto nacional de desenvolvimento, ficou à mercê de manobras monopolistas das democracias liberais.

Por convicção ou por senso de oportunidade, ao abraçar na origem constitucional a inclusão do setor privado, adotando a visão sistêmica, a gosto de entidades internacionais ‘multilaterais’, ou pelo ‘compromisso histórico’, nosso capítulo da saúde ficou pronto para as propostas neoliberais dos anos 1990. Não por menos, em 2002, a propósito da situação da epidemia de dengue, percebemos, até pela questão de implementação de lei de responsabilidade fiscal, que havíamos “dociliza-

do” a saúde para os objetivos neoliberais⁴². Essa conclusão encontrou eco, levando à publicação de artigo de Sérgio Arouca propondo uma reforma da Reforma da Saúde, encaminhando-a depois como temática da 12ª CNS.

Uma das grandes conquistas do movimento sanitário, a par da declaração constitucional do direito à saúde, foi propiciar o surgimento de um espírito de corpo no setor saúde capaz de se manifestar nacionalmente e intervir em muitas situações na defesa da saúde da população. Em particular, frente a ‘ameaças’ ao SUS, tem sido mobilizado para reivindicar mais recursos ao Governo.

Mas isso é paradoxal com o fato de que, além das perdas da população por sua lenta evolução, quem mais foi prejudicado com os termos de nosso sistema foram os servidores da saúde. Ora, 30 anos depois somos incapazes de ter um plano nacional de carreira para o setor, o que é óbvio se somos um ‘sistema’. Agentes comunitários de saúde são terceirizados. Os médicos de família são pagos como bolsistas ou por serviços prestados a uma Organização Social (OS)! Uma completa improvisação à generosa proposta de uma atenção à saúde onde o acompanhamento do cidadão pelo médico e pela equipe de saúde deve se dar ao longo do tempo.

Para o funcionamento adequado da saúde nos seus objetivos fundamentais, a carreira de servidores e a luta unificada por salário e melhores condições de trabalho a nível regional e/ou nacional são fundamentais. É nesse sentido que a capacidade de mobilização dos setores organizados da sociedade civil pelo direito à saúde que o SUS proporcionou pode ter seu melhor papel. A questão da carreira dos servidores precisa de outro enfoque. Assim como a mobilização de agentes de saúde obrigaram à revisão do texto constitucional da saúde, cabe enfrentar esse desafio como central.

Nossa CF88 tem sido frequentemente modificada, também, para ajustes com foco na questão do financiamento. Na contramão, precisamos que o Estado se responsabilize mais e mais para atender às necessidades básicas das pessoas, inclusive na saúde. A viabilidade e o risco de propor alteração constitucional na atual correlação de forças talvez aconselhem a tentar outros caminhos. Mas a alteração da Lei 8.080/90 pode oferecer o quadro legal inicial para a reforma da saúde visando a criação de serviços estaduais de saúde, na prática fazendo o SUS funcionar como um sistema federado de saú-

de, o que poderia ser o primeiro passo. Conquanto o texto constitucional apenas dê 'ênfase' na municipalização, a distritalização poderia ficar restrita aos grandes municípios. A Secretaria Estadual organizaria os distritos dos demais municípios. A 'classe' política seria resistente, por suas vinculações com prefeitos, fundamentais para suas reeleições, ainda mais hoje com as emendas parlamentares impositivas que servirão para compensar perdas orçamentária da saúde. Mas tudo pode mudar, a América Latina aspira outros tempos.

O desafio à frente é, pois, (1) propor a carreira unificada de tempo integral em todos os serviços públicos de saúde, inclusive médico-hospitalares, como aliás previa a esquecida Lei 2.312/1954 e o Código Nacional de Saúde de 1961, a par de (2) organizar o SUS para que construa serviços públicos estaduais, de modo que os estados brasileiros, ao reformarem suas constituições, no capítulo da saúde, criem o Serviço Estadual de Saúde e (3) instalar um planejamento central voltado para a universalização e a equidade em saúde nas condi-

ções de uma nação socialmente desigual no MS. E, principalmente, (4) que se integre a um projeto nacional-desenvolvimentista para o país e que, assim, contribua para a mudança na situação da saúde e bem-estar de todos e no caráter soberano da nação, avançando na construção do socialismo brasileiro.

Para ser possível, vamos ter de pensar na sua organização para ser eficaz e eficiente no seu objetivo primordial de melhorar *a saúde* da população brasileira. Nesse viés, urge uma análise mais detalhada do SUS tal como ele ficou após 30 anos de operação e elaborar uma modelagem de sua reforma, uma proposta de um SUS renovado, nas condições objetivas de hoje. É a ação necessária que precisa a unidade política de todos que entenderem que é preciso mudar, não necessariamente defender o que aí está.

Não estamos dizendo que seja hoje possível, mas se concordássemos que é desejável, estaríamos nos fortalecendo para enfrentar o momento político atual.

REFERÊNCIAS

1. Bittencourt R, Camilo, LP. Editorial: Trinta anos do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma obra inacabada ou uma obra subvertida? A americanização do sistema de saúde brasileiro. *Com. Ciências Saúde*. 2018; 29(3):150-152.
2. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
3. De Negri AA. Base para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo; 2016.
4. Costa EA. Medicina Pública e Medicina de Mercado. Rio de Janeiro, Cebes online, 25/11/2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/11/medicina-publica-e-medicina-de-mercado/>
5. Santos L. Sistema Único de Saúde – Os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes, 2013.
6. Osanai CH, Rosa APAT, Tang AT, Amaral RS et al. Surto de dengue em Boa Vista Roraima — nota prévia. *Rev Inst Med Trop* 1983; 25(1): p. 5354.
7. Fonseca CMO. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
8. Hamilton W, Fonseca C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *Hist. cienc. Saúde Manguinhos* v.10 n.3 Rio de Janeiro set./dez. 2003. [AnnexLHNPSstrategyWhatisaHealthSystemApril242007.pdf](#)

9. Costa, EA. Um mergulho no Amazonas. São Paulo: Novo Século, 2018. pp 185199, pp 159199.
10. Silva, FL. Diretor do SAMDU, 19571961. Depoimento ao autor, 1982.
11. Gentile de Mello, C. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1977.
12. Miranda, L. Todo brasileiro terá direito ao médico e hospital que escolher. Rio de Janeiro, O Globo, 1a página, ed. 08 de dezembro de 1967.
13. Oliveira JA, Teixeira SF (Im)previdência Social. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.
14. Braga JCS, Paula, SG. Saúde e Previdência. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
15. Bertalanffy LV. Teoria Geral dos Sistemas. Petrópolis: Vozes, 1975.
16. Chaves MM. Saúde e Sistemas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978.
17. Costa EA. Economia e Saúde. Rio de Janeiro, Jornal do Brasil, ed. 25 de dezembro de 1997.
18. Sabin AB. Strategy for rapid elimination and continuing control of poliomyelitis and other vaccine preventable diseases of children in developing countries. Br Med J (Clin Res Ed) 1986; p. 292:531.
19. Costa EA. Unificando a saúde. Democratizando a saúde. Última Hora. Rio de Janeiro, eds de 30/11 e 01/12 de 1984.
20. Brasil. Relatório Final. 8ª Conferência Nacional de Saúde, março, 1721, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf [Acesso em 10 Julho 2019].
21. Fadul W, Costa E et alii. Carta dos Pedetistas à 8ª. CNS. Mimeo. Brasília, 18 de março de 1986.
22. PDT/PT/CUT. Carta da PDT/PT/CUT e várias outras entidades do país à 8ª CNS. Mimeo. Brasília, s/d, [data provável 20 de março de 1986].
23. Prata, PR. Revisitando a história da VIII CNS: Raízes dos dilemas e desafios do SUS. Submetido à revista de Comunic. Ciência em Saúde, 2019. [no prelo]
24. CUT (Rio de Janeiro). Proposta de emenda popular à constituinte com verso para coletar assinaturas. Mimeo, 1987.
25. MSS/PDT. Manifesto do Movimento Socialista da Saúde. Mimeo. Rio de Janeiro, 22 de junho de 1987a.
26. MSS/PDT. Saúde e Constituinte. Jornal do Movimento Socialista da Saúde do PDT. p. 3, setembro de 1987b.
27. Weffort FC. O populismo na política brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 3a ed. 1986.
28. Vargas G. Mensagem ao Congresso Nacional do Presidente Getúlio Vargas. 15 março 1951.
29. Ribeiro J. A Era Vargas. S.l: Casa Editorial Jorge, 2014.
30. Weir M. Ideas and the politics of bounded innovation. In: Stenmo S, Thelen K, Longstreth F (eds). Structuring Politics: historical institutionalization in comparative analysis. New York: Cambridge University Press, 1992.
31. Bodea M. A Greve Geral de 1917 – As origens do trabalhismo gaúcho. Porto Alegre: LPM, s/d
32. Costa EA. 50 Anos desta Noite. Niterói: Nitpress, 2011. p. 267272.
33. Gentile de Mello C. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
34. World Bank. http://siteresources.worldbank.org/HEALTH_NUTRITION_AND_POPULATION/Resources/2816271154048816360/
35. Giovanella L, Ruiz G, Feo O, Tobar S, Faria, M. Sistemas de Salude en América del Sur. In: Sistemas de Salud in Suramérica: desafios para la universalidade, la integralidade y la equidade. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.
36. FIRJAN. IFDM 2018 – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal. Disponível em: https://www.firjan.com.br/data/files/67/A0/18/D6/CF834610C4FC8246F8A809C2/IFDM_2018.pdf [Acesso em 25 Agosto 2019]

37. Figueiredo JO, Prado NM, Medina MG, Paim JS. Gasto público e privado em saúde o Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate* (RJ), 2018, 42/2: 3747.
38. NESC. 10 anos do Orçamento Temático de Medicamentos (OTMED). Brasília, 2019.
39. Vieira FS. Evolução do Gasto com Medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Texto para discussão 2356. Rio de Janeiro: Ipea, 2018.
40. Garcia ÁAL. *O déficit comercial da saúde Carta de Conjuntura FEE*. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<http://carta.fee.tche.br/article/o-deficit-comercial-da-saude/>>. [Acesso em 14 Abril 2019]
41. Gentile de Mello C. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. Documento técnico para seminário da ABEM. Campinas, mimeo, 1978.
42. Costa EA. Sobre a Musa Macabra do Verão. Rio de Janeiro, *Jornal do Brasil*, ed. de 18 de fevereiro de 2002.