

O Sistema Único de Saúde na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988): Antecedentes e Questões Atuais

Autor: **Danilo Cesar Fiore** – mestrando em Ciência Política (DCP/FFLCH/USP); Contato: danilofiore@gmail.com

Trabalho preparado para apresentação no IV Seminário Discente da Pós-Graduação em Ciência Política da USP, de 07 a 11 de abril de 2014.

Sumário

RESUMO.....	3
Introdução.....	3
Os Antecedentes: Reforma Sanitária e Democratização	4
ANC e 8ª CNS: Os Termos do Debate	7
Considerações Finais: Dilemas Atuais	10
Bibliografia.....	14
ANEXO I.....	16

RESUMO

A inserção da proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 é o ponto culminante de um rico processo de mobilização e debate em torno do tema da saúde pública no Brasil. Ainda que as propostas de setores ligados ao movimento que se convencionou chamar de “Reforma Sanitária” tenham sido, em grande medida, contempladas no texto constitucional, a disputa em torno de questões centrais referentes ao modelo de atenção à saúde pública no Brasil permanece latente ao longo dos últimos 25 anos.

Assim, o objetivo deste trabalho é traçar um breve panorama dos antecedentes do SUS na organização da saúde pública brasileira e do contexto de ascensão do movimento sanitarista até a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (cujo relatório final influenciou decididamente os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte – ANC). Em seguida, serão abordados os principais episódios e resultados oriundos da Subcomissão responsável pelo tema da Saúde. Ao final, serão apresentadas algumas questões atuais de disputa em torno do sentido do SUS – questões estas que remontam, em grande parte, aos embates já colocados no processo de discussão do texto constitucional sobre saúde.

"Era a área que tinha mais clareza do que queria e de como deveria ser feita uma reforma do Estado brasileiro para se avançar numa política social".

Deputado Constituinte Eduardo Jorge (PT-SP)

"Acredito que o Estado deve interferir única e exclusivamente na medicina preventiva, e não na medicina curativa. É perigoso, para nós, assumirmos esta posição em que o Estado seja o responsável direto por toda a medicina no país".

Deputado Constituinte Naphtali Alves (PMDB-GO)¹

Introdução

A reconstituição da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é tarefa de grande envergadura. Para além do volume expressivo de documentos e dados, há uma série de diferentes ramos do conhecimento que poderiam vir a ser acionados para tratamento do tema (história, saúde pública, direito, administração, políticas públicas, entre tantos outros).

Para fins deste trabalho, o foco está na inserção do SUS na Constituição Federal de 1988, tanto do ponto de vista dos antecedentes sociopolíticos (ou seja, a reconstituição do panorama da ANC no que se refere à saúde pública) e os próprios

1

debates travados no âmbito da ANC, influenciados em grande medida pelos resultados e proposições oriundos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). .

Ao final, em caráter de ensaio e de prospecção, são elaboradas algumas considerações sobre elementos ainda passíveis de disputa acerca do SUS no Brasil. Como buscar-se-á demonstrar, 25 anos após a promulgação da Constituição, algumas das propostas e princípios do capítulo de Saúde permanecem em aberto no Brasil – não apenas por conta de dificuldades para execução das ações, mas pela própria permanência dos termos de divergência expostos ao longo dos trabalhos constituintes.

O trabalho está dividido em 3 seções, além desta introdução. Primeiramente, serão apresentados os antecedentes de construção do SUS do ponto de vista institucional (ou seja, a própria organização do Estado brasileiro em relação à saúde) e de mobilização referente ao tema. Em seguida, serão abordados os embates e principais resultados da ANC. Por fim, a conclusão.

Os Antecedentes: Reforma Sanitária e Democratização²

Para compreender os desdobramentos e o próprio processo de elaboração do capítulo constitucional referente à saúde, é essencial reconstituir a grande mobilização que envolveu a temática nos anos anteriores. Com efeito, não seria possível compreender a dinâmica e resultados da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente³ sem uma reelaboração, ainda que sucinta, da história da saúde pública no Brasil e do contexto da Reforma Sanitária na transição democrática.

As primeiras medidas de regulação estatal da assistência à saúde no Brasil remontam à década de 1920. Anteriormente, vigia a dissociação clara entre medidas sanitárias de caráter público (como vacinação, vigilância sanitária e saneamento básico) e a assistência médica privada (seja por meio do pagamento direto pela população ou por meio de entidades beneficentes, sobretudo Santas Casas e outras entidades filantrópicas).

² Para as referências desta seção, ver BRASIL (2006), CONASS (2011a), ESCOREL (1998), PAIM (2009) e COHN (1989).

³ A despeito da interconexão entre as áreas, neste trabalho serão abordados apenas questões referentes ao tema da saúde (não se adentrando, assim, em pormenores referentes ao meio ambiente e à seguridade social – que, diga-se, engloba a saúde na tríade com previdência e assistência social). Para um relato sobre o funcionamento da subcomissão, ver a seção seguinte.

A Lei Elói Chaves, de 1923, instituiu a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para algumas empresas, financiada de maneira bipartite entre empregadores e funcionários. Tais caixas, além dos serviços previdenciários, também contavam com serviços de assistência médica.

Esta organização embrionária é robustecida após a Revolução de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Os IAPs absorvem as CAPs de forma setorial / classista (bancários, comerciários, ferroviários, entre outros) e passam a contar com financiamento tripartite (empregadores, funcionários e governo Federal). Remonta, assim, a esta época a dissociação institucional entre assistência médica (vinculada à previdência e, portanto, acessível aos trabalhadores formalizados) e a saúde pública (que coordenava os esforços sanitários e, de maneira muito precária, a assistência à saúde ao restante da população).

Nos anos 1950 e início dos anos 1960, a efervescência política ecoa nos debates sobre a saúde. São realizadas as primeiras conferências nacionais sobre o tema e, em 1953, é criado o Ministério da Saúde (antes unificado à Educação). Em 1963, é realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde em meio aos debates sobre as Reformas de Base propostas pelo Governo Jango. Iniciam-se, de forma muito incipiente, discussões sobre pactuação federativa e as responsabilidades de cada ente – municípios, Estados e União – na governança das ações em saúde. Destaque-se ainda a criação de fundo (FunRural) para a assistência médica de trabalhadores do campo (até então completamente apartados de qualquer regulação trabalhista e, portanto, não beneficiários dos serviços previdenciários e médicos fornecidos pelos IAPs).

O Golpe Militar de 1964 trouxe implicações significativas para a seguridade social brasileira. Para além da exclusão das reformas de base da agenda e do ambiente político conturbado, uma das primeiras medidas do novo regime é a unificação de todos os IAPs em uma nova entidade pública, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta junção carregou soma considerável de recursos ao unificar todas as contribuições previdenciárias em uma única entidade. Com o Milagre Econômico e o crescimento vertiginoso do país (aliado, assim, a um aumento considerável do mercado de trabalho), a expansão de recursos à seguridade teve novo salto. Por parte do governo, a estratégia de expansão dos serviços de saúde baseou-se sobremaneira no incentivo ao setor privado por meio de subsídios generosos para a montagem do aparato tecnológico

(com a construção de hospitais e importação de equipamentos, por exemplo⁴) e da compra direta de serviços (ou seja, o INPS comprava assistência à saúde da rede privada e filantrópica). Além disso, ocorre um aumento expressivo da cobertura de planos e seguros de saúde privados. Por sua vez, a situação do Ministério da Saúde era oposta: orçamento reduzido e pouco espaço na formulação de políticas para o setor.

Em 1977, uma nova reconfiguração institucional divide a previdência (mantida junto ao INPS) da assistência à saúde, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ambos, porém, permanecem vinculados ao Ministério da Previdência Social.

O contexto, porém, torna-se mais adverso para o Regime. Em meados da década de 1970 o milagre econômico perde fôlego e os recursos para o setor tornam-se mais escassos. A ausência de ações integradas e coordenadas de saúde pública aliadas à centralização de recursos na União impossibilitam a implementação de políticas ao longo do território nacional. Assim, o discurso ufanista do Regime Militar convive com epidemias de cólera, sarampo e meningite e aumentos significativos na taxa de mortalidade infantil.

No mesmo período, um novo panorama para a discussão da saúde pública se estabelece no Brasil e no mundo. Em 1978, é realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata (Casaquistão). A Declaração final trouxe a defesa da saúde como direito universal e um conceito ampliado de saúde, que contemplasse não apenas tratamento médico, mas também outras formas de fruição saudável da vida (por exemplo, no ambiente de trabalho salubre).

Destacam-se, no caso brasileiro, a organização de Departamentos de Medicina Preventiva em diversas universidades brasileiras (USP, Unicamp, EURJ, Fiocruz, entre outras); a publicação de pesquisas e obras focadas no tema, como as teses de doutorado de Sergio Arouca (2003⁵) e Maria Cecilia Donangelo (1975⁶); a criação de entidades voltadas para a pesquisa e atuação junto ao tema, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES, criado em 1976) e a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-

⁴ Segundo CONASS (op.cit; p. 17), houve diversos financiamentos a fundo perdido pelo então INPS para a construção de clínicas e hospitais privados.

⁵ A tese é de 1975 e foi republicada no ano de referência.

⁶ A tese foi originalmente defendida em 1973.

Graduação em Saúde Coletiva, criada em 1979). Tais instituições, grupos e personagens unificaram-se em torno da agenda da Reforma Sanitária Brasileira⁷.

De maneira sucinta, a proposta de reforma sanitária baseava-se na crítica ao modelo vigente de atenção à saúde no Brasil nos seguintes aspectos: ênfase na atenção secundária e de maior complexidade (por exemplo, atendimento hospitalar), com prejuízo da atenção primária; custos exponenciais de financiamento e ênfase na produção de serviços pela lógica lucrativa do setor privado; caráter desigual do atendimento, com exclusão de setores mais vulneráveis da população (desempregados, trabalhadores informais, entre outros); autoritarismo e baixa interlocução federativa, com grande centralidade da União e subrepresentação de outros entes federativos e de entidades da sociedade civil na governança e coordenação dos serviços de saúde.

Pode-se ver, assim, que as pautas trazidas pelo movimento sanitário alinhavam-se à própria conjuntura de redemocratização da sociedade brasileira e de crítica às instituições erigidas no Regime Militar. Assim, quando da convocação e início dos trabalhos constituintes, já havia sobre a mesa uma série de propostas para reconfiguração radical do modelo de saúde pública brasileiro.

ANC e 8ª CNS: Os Termos do Debate⁸

No ano de 1986, realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Convocada pelo Ministério da Saúde e com ampla participação dos segmentos mobilizados em torno da Reforma Sanitária, a CNS pactuou uma série de princípios e propostas para serem levadas à ANC. À frente dos trabalhos como presidente do encontro, Sérgio Arouca⁹ capitaneou a produção do Relatório Final com o desenho esperado para a construção do sistema público universal de saúde no Brasil.

⁷ Vale destacar que, sob este amplo guarda-chuva identitário, havia grande diversidade de posições entre os defensores da Reforma Sanitária. Não adentraremos, por questão de espaço, nos pormenores dos embates travados no interior do movimento sanitário. Sobre a questão, ver COHN (op. cit.).

⁸ Para uma reconstituição dos trabalhos da ANC referentes à Saúde, ver ABREU (2009). Para uma visão geral da ANC, ver ROCHA (2013) e PILATTI (2008). Para as propostas e resoluções da 8ª CNS, ver BRASIL (1986).

⁹ Conforme visto na seção anterior, Sérgio Arouca (1941-29003) teve grande importância acadêmica e política na área da saúde. Ocupou diversos cargos públicos no setor (tais como presidente da FioCruz, secretário de Estado e no próprio Ministério da Saúde) e foi deputado federal em dois mandatos (1990-1998), com atuação destacada na proposição de leis na área da saúde e participação em comissões temáticas. Além disso, foi candidato a vice-presidente na chapa de Roberto Freire (PCB) em 1989. Ver NETTO & ABREU (2009).

Em linhas gerais, as propostas oriundas da 8ª CNS foram divididas em três eixos temáticos. O primeiro, “saúde como direito”, traçava um panorama da situação sanitária brasileira, com críticas ao autoritarismo, à descoordenação, à falta de planejamento e a ênfase privatista do então modelo vigente. Além disso, pontuava a importância do enfrentamento da desigualdade social e regional brasileiras, obstáculos consideráveis para o desenvolvimento de condições adequadas de saúde para população. De forma a garantir condições de vida dignas aos brasileiros, defendia a instituição de uma “Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva”¹⁰, o não pagamento da dívida externa, a reforma agrária e outras medidas com vistas ao incremento da democracia e da distribuição de renda.

O segundo eixo, “reformulação do sistema nacional de saúde”, continha as principais propostas para a organização do Sistema Único de Saúde. Previa a descentralização das ações, a gestão democrática (com transparência e controle social) e o estabelecimento de uma série de princípios que posteriormente seriam inseridos no texto constitucional (integralidade, regionalização, participação popular, entre outros).

Por fim, o terceiro eixo (“financiamento do setor”) propunha uma série de medidas para aporte de recursos para a saúde, tais como: patamares mínimos de dispêndio por ente federativo, com separação do orçamento de aposentadorias e pensões; revisão de deduções de pessoas físicas e jurídicas para gastos em saúde privada; taxaço de bens de consumo nocivos à saúde, jogos de azar e de indústrias poluentes, com vinculação de recursos para o setor saúde.

Uma informação importante merece destaque: as entidades representativas dos grupos de saúde privados não enviaram representantes para a conferência.

Quando do início dos trabalhos da ANC e, portanto, da Subcomissão responsável pelo tema da saúde¹¹, por proposta do constituinte Eduardo Jorge (PT-SP), o Relatório Final da CNS foi utilizado como pré-roteiro para discussão e ponto de partida dos trabalhos¹². Durante as discussões e audiência públicas, os principais

¹⁰ BRASIL (idem), p. 7.

¹¹ A Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente formava, junto com outros duas subcomissões, a Comissão de Ordem Social. Ao todo eram oito comissões temáticas, cujos trabalhos viram a ser compatibilizados pela Comissão de Sistematização para posterior aprovação em plenário. Este desenho institucional, contudo, sofreria modificações importantes no decorrer dos trabalhos. Por fugir ao escopo do assunto aqui tratado, não adentraremos nesta questão. Ver ROCHA (op. cit).

¹² ABREU (op. cit; p. 67).

embates em torno da matéria deram-se em relação entre a saúde e a previdência social (setores vinculados a este ministério, sobretudo o ministro Raphael de Almeida, defendiam a permanência do orçamento da Saúde na pasta) e a relação com o setor privado (havia forte teor ideológico no debate, com acusações dos representantes de medicina de grupo de estatização e ataque ao princípio de livre iniciativa, por um lado, e de privatização e desregulamentação, por parte dos setores ligados ao movimento da reforma sanitária¹³);

O Relatório Final da Subcomissão, elaborado pelo constituinte Carlos Mosconi (PMDB-MG), contou, nas palavras do próprio deputado, com a assessoria de membros ligados à reforma sanitária¹⁴. Quando da apresentação do anteprojeto aprovado na subcomissão à Comissão de Ordem Social, discursou o prof. Eleutério Rodriguez Netto, membro destacado do movimento da Reforma Sanitária. Na Comissão de Sistematização, manteve-se grande parte do anteprojeto. Vê-se, assim, que as propostas oriundas da 8ª CNS tiveram ressonância importante nos trabalhos constitucionais.

Mesmo após a organização do Centrão e a alteração regimental que conferiu maiores poderes para o plenário em detrimento da Comissão de Sistematização¹⁵, grande parte das propostas oriundas da 8ª CNS (e, portanto, baseadas nos princípios do movimento sanitarista) foram inseridas no texto constitucional. Para Abreu (2009), isso se deveu sobretudo às disputas em plenário, quando as propostas sanitaristas foram o meio termo entre propostas mais radicais de estatização total do sistema de saúde (oriundas de partidos como PT e PDT) e o viés liberal oriundos das propostas do Centrão (apoiadas pelas entidades representativas dos hospitais e medicinas de grupo privado).

Seja como for, a inclusão de grande parte dos princípios, diretrizes e propostas da 8ª CNS no texto constitucional foi o princípio de um longo processo de implementação e consolidação do SUS no período subsequente e que permanece em aberto em muitas de suas frentes.

¹³ Idem, pp. 74-77.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ ROCHA (op. cit.).

Considerações Finais: Dilemas “Resilientes”¹⁶

Passados 25 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988 e a despeito das profundas implicações que a criação do SUS teve para a reorganização da prestação dos serviços de saúde pública no Brasil, persistem alguns dos debates e dilemas já presentes quando da discussão do texto da Carta Magna. Para fins de conclusão, trataremos brevemente de questões, por assim dizer, “superadas” e dois pontos relevantes que permanecem em disputa em torno do sentido e do formato da atenção à saúde no Brasil.

A centralidade do Ministério da Saúde e seus congêneres (secretarias estaduais e municipais) na “direção única em cada esfera de governo”¹⁷ consolidou-se com a extinção definitiva do INAMPS em 1993. Desta forma, a atenção à saúde passou definitivamente ao Ministério e avançou-se na agenda de institucionalização do sistema no território nacional. Por meio de uma série de instruções normativas, normas operacionais básicas e outros instrumentos de coordenação, os anos 1990 caracterizaram-se pela paulatina organização dos mecanismos de atuação governamental na saúde pública. Destaque-se, ainda, a progressiva institucionalização de mecanismos de pactuação interfederativa, como conselhos intergestores bipartites (Estados e municípios) e tripartites (Estado, municípios e União) e os Fundos de Saúde nos três entes federativos – além de instrumentos de gestão em si, como sistemas informacionais e auditorias.

Já com relação ao financiamento, permanece a questão do nível ideal de dispêndio para a consolidação de um sistema universal. Ainda que muito centrado na dicotomia eficiência *versus* mais recursos (ou seja, melhor gerenciamento ou necessidade de novos aportes orçamentários?), nos últimos anos uma série de iniciativas legislativas de ordem tributária / orçamentária procurou estabelecer patamares mínimos

¹⁶ Faz-se aqui uma analogia à linha de investigação conduzida por Drimoullis *et alli* (2013) e que utiliza-se do conceito de “resiliência constitucional” para a compreensão do panorama institucional brasileiro após a promulgação da Carta de 1988. De maneira sucinta, o argumento central desta abordagem é de que a Constituição procurou satisfazer os diferentes e numerosos interesses em jogo, o que permitiu grau elevado de consenso em torno de sua permanência – ainda que com reformas constantes. Sua resiliência residiria, assim, na capacidade de absorver e processar conflitos. Posição diferente se encontra em BERCOVICI (2009), segundo o qual a Constituição possui caráter dirigente e um projeto de transformação social claramente expresso – por essa razão a grande quantidade de reformas posteriores e os conflitos latentes em torno de seu conteúdo. Como procuramos demonstrar nesta seção final, a latência de conflitos em torno do tema da saúde parece ir ao encontro desta última visão (ainda que grande parte das disputas se concentre em torno de normas e aspectos infraconstitucionais – exceto no tema do financiamento).

¹⁷ Inciso IX da Lei Federal 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

de gasto em saúde por parte do poder público nos três entes federativos (União, Estados e municípios) e encontrar novas fontes de financiamento para o setor. Lembre-se, por exemplo, os debates ao longo dos anos 1990 referentes à Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF, ou o “imposto do cheque”) até a ruidosa extinção do mesmo em 2007¹⁸; ou ainda, a vinculação de recursos orçamentários para cada ente.

Sobre este último aspecto, em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional 29, que definiu percentuais mínimos de aplicação de recursos por municípios (15%), Estados (12%) e União (o mesmo orçamento do ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB). Ocorre que diversos Estados e municípios passaram a inserir no orçamento da saúde despesas com restaurantes populares, pagamentos de inativos, serviços de saúde exclusivo para servidores públicos e seus dependentes, entre outros. Assim, mais de dez anos se passaram até a aprovação da Lei Complementar 141/2012, que regulamentou os critérios para vinculação de despesas em saúde¹⁹. Ainda assim, persistiram as críticas acerca do subfinanciamento do setor, sobretudo por parte da União (que, de acordo com o texto constitucional, não possui um percentual orçamentário mínimo de aplicação de recursos).

Dados de 2009 da Organização Mundial de Saúde²⁰ apontavam para um gasto público brasileiro da ordem de 4,1% do PIB nacional. Ainda que considerável, o montante é inferior ao aplicado por países com sistemas universais de saúde semelhantes ao brasileiro (casos de França, Reino Unido e Canadá). Lembre-se ainda que a renda per capita destes países é em muito superior à brasileira, o que significa volume absoluto de recursos ainda maior.

Por fim, vale destacar que a interação público-privada no SUS ainda é objeto de acalorado debate. Assim como a questão do financiamento, persistem na agenda questões referentes à participação do setor privado na prestação de serviços públicos

¹⁸ A CPMF foi criada em 1993, possuía, conforme seu título, caráter provisório, e seria extinta ao final de 2007 caso não fosse aprovada sua prorrogação. A proposta foi aprovada na Câmara e, no Senado, a maioria de votos favoráveis não foi suficiente para alcançar o patamar mínimo de três quintos (por tratar-se de emenda constitucional) para sua prorrogação. Assim, a contribuição foi extinta em 1º de Janeiro de 2008, com impactos da ordem de 40 bilhões de reais naquele ano (de acordo com cálculos do Ministério da Fazenda). Fonte: <http://www12.senado.gov.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf> (acesso em 16 de Dezembro de 2013).

¹⁹ Ver CONOF/CD (2012).

²⁰ Fonte: <http://www.who.int/nha/es/index.html> (acesso em 20 de Dezembro de 2011). No Anexo I deste trabalho há uma tabela com dados comparativos do dispêndio público brasileiro em saúde com outros países em desenvolvimento e países desenvolvidos para o mesmo ano.

complementares de saúde, os subsídios indiretos aos gastos privados e a própria regulação do mercado de planos e seguros suplementares.

Com relação à prestação de serviços complementares, a presença de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos aumentou consideravelmente com a regulamentação do modelo de organizações sociais (OS) a partir de 1997. Criadas em âmbito federal no contexto de reforma do Estado²¹, as OS passaram a ter importância significativa na gestão de equipamentos de saúde públicos (ou seja, não apenas ofertando serviços próprios para o Sistema). No Estado e município de São Paulo, por exemplo, as OS atuam na gestão de equipamentos hospitalares, ambulatoriais, de diagnóstico e até mesmo em atividades de regulação de oferta e demanda de serviços de saúde. Para os defensores do modelo, sua face privada permite maior celeridade e flexibilidade na contratação de serviços, obras e pessoal, com maior eficiência na gestão dos recursos. Para os críticos, porém, as OS seriam uma nova forma de privatização dos serviços de saúde, com menor controle público sobre os recursos e precarização da força de trabalho²². Seja como for, a questão é objeto de controvérsia jurídica que se arrasta até hoje no Supremo Tribunal Federal (STF)²³.

Já com relação aos subsídios (algo que também refere-se ao tema do financiamento), dois exemplos demonstram a complexidade da constituição de um sistema universal no Brasil. Por um lado, os gastos em saúde são integralmente dedutíveis do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Portanto, há um incentivo tributário significativo para a contratação de serviços médicos particulares. De outro lado, é comum a contratação de planos de saúde coletivos privados ou a organização de serviços próprios para atendimento dos servidores públicos. Vê-se, assim, que o caráter “único” do sistema de saúde possui lacunas consideráveis.

Por fim, a saúde suplementar²⁴ (a saber, planos de saúde ou outras formas de prestação de serviços privados) constitui-se como um dos elementos mais importantes de embate sobre o modelo de assistência à saúde no Brasil hoje. Para além das questões

²¹ Sobre o modelo conceitual de organizações sociais, ver BRASIL (1995; 1997).

²² Sobre o panorama das organizações sociais de saúde em São Paulo e os principais aspectos do debate acerca do modelo, ver FIORE & DUARTE (2014).

²³ Trata-se da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923/1998, impetrada pelo PT e pelo PDT e ainda não julgada em definitivo. Fonte: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=1739668> (acesso em 07 de Janeiro de 2014).

²⁴ Ver CONASS (2011b)

de subsídios diretos e indiretos expostas acima, a regulação dos planos de saúde tem sido tema de controvérsia ao longo das duas últimas décadas. A institucionalização de entidades de supervisão e regulação estatatal (tais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) convive com o poder de influência significativo das entidades vinculadas aos setores suplementares. Há ainda a questão do ressarcimento do SUS pelas seguradoras quando da utilização de serviços públicos por parte de usuários dos serviços privados. A cobrança de tal ressarcimento é motivo de intensas disputas judiciais²⁵ e não se definiu ainda um fluxo de pagamentos adequado da esfera privada para o SUS.

As duas questões tratadas brevemente nesta seção (a saber, financiamento e relações público-privadas na saúde) foram objetos de intensa de disputa no âmbito dos trabalhos da ANC. Como persistem no horizonte de atuação política dos diferentes atores envolvidos, mostram o dinamismo e a relevância ainda presente dos embates travados na elaboração da Constituição Federal. Neste sentido, o “vetor resultante” da correlação de forças, expresso no texto constitucional, se configurou como a etapa inicial de um longo processo conflitivo e não-estático de institucionalização de um sistema público universal de saúde no Brasil.

²⁵ Este debate se reveste de grande interesse não apenas jurídico, mas do próprio sentido do SUS. Resumidamente, sustentam as operadoras que o SUS é direito universal e, portanto, não cabe falar em ressarcimento (uma vez que os segurados privados são tão cidadãos quanto aqueles que não possuem qualquer vinculação com os serviços suplementares). Para além da estratégia jurídica, percebe-se que a linha de argumentação vai de encontro ao próprio caráter único do sistema e reforça a presença de múltiplas visões acerca do modelo de atenção à saúde.

Bibliografia

- ABREU, Rogério Messias Alves de. *Reforma Sanitária: O Processo de Constitucionalização do Sistema Único de Saúde*. Dissertação de Mestrado (Mackenzie). São Paulo, 2009.
- AROUCA, Sergio. *O Dilema Preventivista – Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BERCOVI, Gilberto. “Prefácio – Vinte Anos da Constituição de 1988”. In: GOULART, Jeferson (org). *As Múltiplas Faces da Constituição Cidadã*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.
- BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 1986 (mimeo).
- BRASIL.. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: MARE, 1995.
- BRASIL. “Organizações Sociais”. *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, v. 2. Brasília: MARE, 1997.
- BRASIL / MS. *Cartilha Entendo o SUS*. Brasília: MS, 2006.
- CONASS (a). *Para Entender a Gestão do SUS 2011 (Volume 1 – Sistema Único de Saúde)*. Brasília: Conass, 2011. (disponível em www.conass.org.br).
- CONASS (a). *Para Entender a Gestão do SUS 2011 (Volume 12 – Saúde Suplementar)*. Brasília: Conass, 2011. (disponível em www.conass.org.br).
- COHN, Amelia. “Caminhos da Reforma Sanitária”. *Lua Nova*, n. 19, Novembro de 1989.
- CONOF / CD. *Regulamentação Da Emenda Constitucional Nº 29, De 2000 (Piso Constitucional De Aplicação Em Saúde)*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>.
- DIMOULIS, Dimitri *et alli*. *Resiliência Constitucional: Compromisso Maximizador, Consensualismo Político e Desenvolvimento Gradual*. São Paulo: FGV Direito, 2013.
- DONNANGELO, Maria Cecília. *Medicina e Sociedade*. Rio de Janeiro: Pioneira, 1975.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde – Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FIORE, Danilo Cesar. DUARTE, Tiago Silva Birkholz. “Gestão de pessoas nas Organizações Sociais: Uma Abordagem a partir do Estado”. São Paulo: SGP / FIA, 2014 (no prelo).

NETTO, Guilherme Franco. ABREU, Regina. *Arouca, Meu Irmão: Uma Trajetória em Favor da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio Janeiro: Fiocruz, 2009.

PILATTI, Adriano. *A Constituinte de 1987-1988. Progressistas, Conservadores, Ordem Econômica e Regras do Jogo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

ROCHA, Antonio Sergio. “Genealogia da Constituinte. Do Autoritarismo à Democratização”. *Lua Nova*, n. 88, 2013.

Legislação

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

Lei Federal 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde)

Sítios

Organização Mundial de Saúde – www.who.int

Senado Federal – www.senado.gov.br

Supremo Tribunal Federal – www.stf.jus.br

ANEXO I

Porcentagem do PIB em gastos públicos com Saúde em 2009 – Brasil e Alguns Países em Desenvolvimento		
PAÍS	PERCENTUAL	PIB PER CAPITA (US\$)
Argentina	6,3%	US\$ 7.665,00
Uruguai	4,7%	US\$ 9.364,00
BRASIL	4,1%	US\$ 8.251,00
Chile	3,9%	US\$ 9.447,00
Rússia	3,5%	US\$ 8.615,00
África do Sul	3,4%	US\$ 5.733,00
Paraguai	3,0%	US\$ 2.245,00
Venezuela	2,4%	US\$ 11.490,00
China	2,3%	US\$ 3.749,00
Índia	1,4%	US\$ 1.192,00

FONTE: OMS e Banco Mundial

Porcentagem do PIB em gastos públicos com Saúde em 2009 – Brasil e Alguns Países Desenvolvidos		
PAÍS	PERCENTUAL	PIB PER CAPITA (US\$)
França	9,0%	US\$ 40.663,00
Alemanha	8,6%	US\$ 40.275,00
Estados Unidos	7,9%	US\$ 45.758,00
Reino Unido	7,9%	US\$ 35.163,00
Canadá	7,5%	US\$ 39.643,00
Itália	7,3%	US\$ 35.073,00
Espanha	7,0%	US\$ 31.891,00
Japão	6,6%	US\$ 39.456,00
Austrália	6,0%	US\$ 42.130,00
BRASIL	4,1%	US\$ 8.251,00

FONTE: OMS e Banco Mundial