

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

ROGÉRIO MESSIAS ALVES DE ABREU

**REFORMA SANITÁRIA: O PROCESSO DE CONSTITUCIONALIZAÇÃO
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

São Paulo
2009

ROGÉRIO MESSIAS ALVES DE ABREU

REFORMA SANITÁRIA: O PROCESSO DE CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Direito Político e Econômico da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Hécio Ribeiro

São Paulo
2009

A162d Abreu, Rogério Messias Alves de

Direito à saúde: o processo de constitucionalização do Sistema Único de Saúde / Rogério Messias Alves de Abreu - 2009.

111 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) –
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009.

Bibliografia: f. 105-109.

1. Direito 2. Constituição 3. Reforma Sanitária 4. Direito à
Saúde 5. Sistema Único de Saúde I. Título

CDD 341.64

ROGÉRIO MESSIAS ALVES DE ABREU

REFORMA SANITÁRIA: O PROCESSO DE CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Direito Político e Econômico da
Universidade Presbiteriana Mackenzie, como
requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Direito.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hécio Ribeiro

Prof^a. Dr^a Patrícia Tuma Martins Bertolin

Prof. Dr. Antonio Sérgio Carvalho Rocha

Àquela que me aconteceu na vida em forma de amor, de solidariedade, e de mais duas vidas.

A eles também eu ofereço o meu labor.

AGRADECIMENTOS

A construção do conhecimento é um trabalho social e, assim, exige a participação de um grande número de pessoas que nele se envolvem das formas mais variadas.

Este trabalho é fruto da colaboração direta do Professor Dr. Hércio Ribeiro, que muito pacientemente respeitou o meu tempo de fazer e minhas dificuldades de toda ordem. Agradeço por sua orientação interessada, participativa e muito coerente.

Agradeço também ao Professor Dr. Antônio Sérgio Carvalho Rocha, de quem as sugestões me serviram como guia indispensável no decorrer de toda a pesquisa.

À Professora Dra. Patrícia Tuma Martins Bertolin, que me ofereceu sugestões e críticas tão pertinentes que me fizeram perceber que um trabalho como este não se realiza sem a participação e o apoio experiente dos já iniciados nessa faina.

À Jandira, ao Ricardo e à toda equipe de bibliotecários. Obrigado por cada livro retirado e colocado na estante. Obrigado pela paciência da espera, pelos favores e busca incansada dos títulos mais raros e difíceis.

E obrigado, especialmente, a você, Renata, que não só soube me esperar todo o tempo em estive distante, como fez também me animar com inteligentes debates, sem os quais, na construção do meu conhecimento, certamente faltaria uma importante janela aberta para a sensibilidade.

[...] uma constituição ideal, verdadeiramente democrática, não necessitaria de uma parte especialmente dedicada à Saúde. Os seus objetivos, de natureza individual e coletiva, no contexto de uma organização social democrática já seriam as condições necessárias e suficientes para a busca do alcance e do gozo da Saúde.

(Eleutério Rodriguez Neto)

RESUMO

O objetivo principal do trabalho é compreender o processo de institucionalização da Saúde como “direito de todos e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988. Inicia-se pela formação do conceito de Saúde Coletiva, traça uma visão geral das bases teórica, política e social do movimento pela democratização da Saúde, Movimento Sanitarista. Analisa a situação política e administrativa do setor da saúde no período de vigência do II PND, Governo Geisel e Figueiredo, e traça suas relações com o 1.º Simpósio Nacional de Política de Saúde. Aborda a 8.ª Conferência Nacional de Saúde, “a pré-constituente da saúde”, seus três temas principais: 1) saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor saúde; e as principais diretrizes destinadas à orientação do processo constituinte no tema da saúde. Numa visão geral do processo de elaboração da nova Constituição, aponta os questionamentos sobre a legitimidade da Constituinte congressual e aborda o conflito relativo à definição do Regimento Interno. Busca estabelecer uma relação entre o perfil político-ideológico dos membros da ANC e os fundamentos ideológicos que inspiraram as diretrizes de estatização progressiva, de subordinação do setor privado às normas do SUS e de proibição da participação do capital estrangeiro nas ações de saúde. Ainda dentro do tema da saúde, analisa o processo de elaboração do texto constitucional. Passa pelas audiências públicas, fase da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente. Acompanha as discussões, apresentação de emendas e substitutivos na fase da Comissão da Ordem Social. Quanto à Comissão de Sistematização, aborda o problema da concentração do poder decisório que culminou na alteração do Regimento Interno e dá uma visão geral das negociações entre as lideranças dos setores progressistas e dos setores conservadores, aglutinados no “Centrão”. Aborda, finalmente, as negociações que resultaram no texto final da Constituição, o qual trouxe como ganho principal o reconhecimento da saúde como um direito universal e igualitário, garantido pelo Estado.

ABSTRACT

The main objective of this paper is to understand the institutionalization process of Health as “everybody’s right and duty of the State” in Federal Constitution of 1988. It begins by describing how the concept of Collective Health was formed, gives an overview of theoretical, political and social basis of the movement for Health democratization, the Sanitarian Movement. It analyses the political and administrative situation of health sector in the period when II PND was valid, and in Geisel and Figueiredo governments, indicating their relations with the 1st National Symposium of Health Politics. In addition, this paper refers not only to the 8th Health National Conference, the “pre-constituent of health”, but also to its three main themes: 1) health as an inherent right to the citizenship and the personality; 2) Health National System reformulation; and 3) financing of health sector and the main lines of directions to the orientation of constituent process concerning to health. Aiming to overview the new Constitution elaboration process, this work indicates the questions about the legitimacy of the congressional Constituent and broaches the conflict related to the definition of an Internal Regulation. It tries to relate the political and ideological profile of the ANC members to the ideological beddings that had inspired the lines of direction of gradual nationalization, of private sector subordination to the SUS rules and of the prohibition of foreign capital in participating on health actions. This paper analyses the elaboration process of the constitutional text through public audiences and Health, Security and Environment Subcommittee as well as it follows the quarrels, emendations and alteration text presentation in the phase of the Commission of the Social Order. Concerning to the Systematization Commission, this work is about the concentration of decision power which that has culminated in the alteration of the Internal Regulation and gives an overview of the negotiations between the leaderships of the progressive sectors and the conservatives sectors, agglutinated in the called “Centrão”. Finally, it is related to the negotiations which have resulted in the final text of the Constitution, whose main advantage was to recognize health as an universal and equal right, guaranteed by the State.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde.

ABRANGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial.

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

ANC – Assembléia Nacional Constituinte.

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGT – Confederação Geral dos Trabalhadores

Clis – Comissão Local Interinstitucional de Saúde, âmbito local.

Cims – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, âmbito do Governo Municipal

Ciplan – Comissão Interinstitucional de Planejamento, âmbito do Governo Federal

CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde, âmbito do Governo Estadual

Conam – Coordenação nacional de Associação de Moradores

Cris – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde, âmbito regional

Conasp – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária.

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FBH – Federação Brasileira de Hospitais.

Fenaess – Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde

FUB – Fundação Universidade de Brasília

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde.

Nesp – Núcleo de Estudos em Saúde Pública

NOB – Norma Operacional Básica

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde.

PLS – Departamento de Planejamento de Saúde do Inamps.

PPA – Plano de Pronto Ação.

Prevsáude – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

SNS – Sistema Nacional de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 OS FUNDAMENTOS TEÓRICO, IDEOLÓGICO E POLÍTICO DA DEMOCRATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	17
1.1 O Movimento Sanitarista e a Reforma Sanitária brasileira	17
1.2 Uma abertura para a universalização da saúde	22
1.3 Estado e saúde	29
1.4 As diretrizes da 8. ^a Conferência Nacional de Saúde	38
2 A SAÚDE NA ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE	44
2.1 A questão da legitimidade da Assembleia Nacional Constituinte	44
2.2 O perfil político e ideológico da ANC	49
2.3 O Regimento Interno da Assembléia Nacional Constituinte	58
3 A SAÚDE E O PROCESSO CONSTITUINTE	64
3.1 A Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente	64
3.2 A Comissão da Ordem Social	83
3.3 A Comissão de Sistematização	92
3.4 A mudança no Regimento Interno	98
CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
Anexo 1	116
Anexo 2	118
Anexo 3	119
Doc. 1 – Capítulo da saúde do Projeto apresentado pela Comissão Afonso Arinos	120
Doc. 2 – Proposta apresentada pelo Deputado Carlos Sant’Anna à 8 ^o Conferência Nacional de Saúde	121
Doc. 3 – Proposta apresentada pela CNRS na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente	123
Doc. 4 – Anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente	125
Doc. 5 – Emenda popular apresentada pela Plenária da Saúde	128
Doc. 6 – Proposta substitutiva apresentada pelo ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, ao relator Bernardo Cabral	131
Doc. 7 – Texto final da Comissão de Sistematização	133
Doc. 8 – Proposta preliminar do Centrão	136
Doc. 9 – Texto aprovado no 1 ^o turno do Plenário da ANC	137
Doc. 10 – Constituição da República Federativa do Brasil, outubro de 1988.	140

INTRODUÇÃO

O foco desta pesquisa é direcionado para a compreensão do processo de institucionalização da Saúde como “um direito de todos e dever do Estado” na Constituição Federal de 1988. Atenção especial será dada ao processo Constituinte, principalmente para a luta política e ideológica travada em razão do reconhecimento da “natureza pública” das ações e serviços de saúde e da forma de participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde.

O problema que reside nesse objeto de estudo é que o reconhecimento da “relevância pública” das ações e serviços de saúde e não da sua “natureza pública”, forma originalmente concebida pelo projeto de Reforma Sanitária, implicou diretamente a liberdade de atuação da iniciativa privada no setor da saúde depois da instituição do SUS, uma vez que não foram incluídas no texto constitucional a diretriz de estatização progressiva do sistema e a diretriz de subordinação do setor privado às normas do Sistema Único de Saúde.

O momento político imediatamente posterior à promulgação da nova Constituição foi de redefinição das tendências ideológicas dominantes em todo o mundo capitalista. O conflito entre socialismo e liberalismo foi superado pela predominância das políticas neoliberais, que preconizavam a redução da presença do Estado não só na economia como também “na condução das políticas sociais e a conseqüente transformação destas em políticas residuais compensatórias promovidas por um Estado mínimo e dito regulador de um mercado soberano e liberalizado”¹

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 111.

Dentro desse contexto político iniciou-se a reforma do sistema de saúde que consistia na implementação do SUS. Ocorre que simultaneamente à aprovação da Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde e da Lei 8.142/90, o Ministério da Fazenda dava andamento à chamada reforma do Estado. Tratava-se, entre outras, de uma política de redução dos gastos públicos nas áreas sociais, pela qual se desenvolveu uma lógica absolutamente contrária à das políticas de desenvolvimento do bem-estar social, da cidadania e da seguridade social². As consequências da reforma administrativa do Estado para o SUS foram tantas que comportam um estudo apartado do tema e não serão tratadas nesse trabalho.

A 8.^a Conferência Nacional de Saúde traçou as diretrizes que deveriam orientar os trabalhos da Constituinte relativos à questão da saúde. Entre as principais estava a de estatização progressiva do sistema nacional de saúde. De acordo com ela, o setor privado seria subordinado às normas do Sistema Único de Saúde e, quando fosse necessário, seria contratado sob normas de direito público. Dessa forma, ficariam proibidas as destinações de recursos públicos para custeio das atividades privadas no setor da saúde. Outra proibição ligada ao mesmo tema era relativa à participação do capital estrangeiro nas ações de saúde.

A definição das diretrizes de orientação para os trabalhos constituintes durante a 8.^a Conferência Nacional de Saúde foi o ponto culminante do movimento pela democratização da saúde, Movimento Sanitarista. Influenciado pela teoria social marxista, esse movimento consolidou sua plataforma teórica sobre o conceito de Saúde Coletiva, a saúde vista como um fenômeno social; e a sua bandeira política, foi a luta pela democratização da saúde no Brasil.

² SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan 09.

O conceito de Saúde coletiva permitiu uma visão mais ampliada do tema, que dessa forma passou a ser visto como um modo de equilibrar a relação das diferentes classes em que se divide a sociedade capitalista. A luta pela democratização da saúde manifestou-se, então, na exigência do reconhecimento do direito universal e igualitário à saúde, garantido pelo Estado por meio de um conjunto de ações e serviços, organizados em um Sistema Único de Saúde, sob controle social e de natureza pública.

No desenvolver do trabalho constata-se que os fundamentos de caráter progressista que orientaram as discussões, debates e mesas redondas na 8.^a Conferência Nacional de Saúde não encontraram eco no perfil conservador da maioria dos membros da ANC. Entretanto, a situação de colapso em que se encontrava o setor da saúde exigia uma profunda reforma no sistema. Desse modo, as propostas da Reforma Sanitária foram aproveitadas na medida em que atendiam essa necessidade, excluindo-se do processo aquelas diretrizes em conflito com o perfil político ideológico de centro-direita dominante na Constituinte.

Na primeira parte do trabalho, vamos buscar o fundamento teórico, ideológico e político da Reforma Sanitária brasileira. A abordagem inicia-se pela trilha do movimento civil que não só engendrou e difundiu a institucionalização do conjunto dos princípios jurídicos informadores do Sistema Único de Saúde como lutou por ela.

Por intermédio da leitura e análise de livros, artigos de revistas e documentos oficiais do Ministério da Saúde, buscamos acompanhar o processo de formação e desenvolvimento do conceito de Saúde Coletiva: a saúde como um fenômeno determinado social e historicamente. Pretendemos também demonstrar que a posse do conceito permitiu uma visão mais crítica da realidade social brasileira na área da saúde e que, a partir dessa crítica, organizou-se no Movimento Sanitarista.

Iniciado nos meios acadêmicos, nos departamentos de medicina sanitária, o movimento engajou-se na luta pela redemocratização do país. Erguendo a bandeira da democratização da saúde, alcançou um alto grau de institucionalização. Foi capaz de articular com órgãos do poder legislativo, partidos, parlamentares e outros líderes da sociedade civil que, naquele momento, organizava-se em torno da campanha das “Diretas Já”. O ponto culminante desse processo de articulação social e política foi a realização da 8.^a Conferência Nacional de Saúde. Nessa verdadeira “constituente da saúde”, reconheceu-se oficialmente a exigência de uma Reforma Sanitária brasileira.

Na segunda parte deste trabalho, pretendemos identificar o perfil político e ideológico dos membros da Assembleia Nacional Constituinte. A partir de pesquisas e estatísticas, a pesquisa também objetiva sondar o nível de coincidência entre a fundamentação teórica das diretrizes da 8.^a Conferência Nacional de Saúde e o posicionamento político-ideológico dos constituintes. Essa seção pretende, ainda, analisar alguns conflitos fundamentais que definiram a forma e o desenvolvimento de todo o processo constituinte, bem como do próprio Sistema Único de Saúde.

O primeiro conflito a ser apontado é o relativo à legitimidade da Constituinte proposta pelo Presidente da República e convocada pelo Congresso Nacional por meio de Emenda à Constituição então vigente. A discussão abordará o fato de que o Poder do qual se investia a Assembleia Nacional Constituinte de 1987 derivava-se da ordem jurídica a ser superada pela nova Constituição. Não era, portanto, o “Poder Constituinte Originário”. Era, sim, uma forma resultante do pacto das classes dominantes para a condução do processo de abertura política lenta, gradual e segura, sem rupturas institucionais que abalassem as estruturas de poder construídas na vigência do regime anterior.

A segunda questão relativa à legitimidade da Assembleia Nacional Constituinte que será abordada é a que concerne à sua natureza congressional. A Emenda Constitucional n. 26 determinou que a ANC fosse formada pela reunião dos membros da Câmara dos Deputados com os membros do Senado Federal, e que tivesse sua sede no Congresso Nacional. Ocorre que 23 dos componentes do Senado Federal tinham seus mandatos originados nas eleições de 1982, não tinham sido eleitos para a elaboração da nova Constituição, gerando um conflito de representatividade da Constituinte.

Um segundo conflito ocorrido no processo constituinte e que será discutido no presente trabalho é o relativo à distribuição do poder de decidir sobre a forma, conteúdo e abrangência dos temas a serem inseridos no texto constitucional. O conflito que se manifestou no momento da elaboração do Regimento Interno da Assembleia teve como solução a criação de um conjunto de comissões e subcomissões dentro das quais foram distribuídos todos os parlamentares de forma proporcional à ocupação dos partidos nas cadeiras da ANC.

A terceira seção do trabalho tratará do processo constituinte propriamente dito. Explorará os trabalhos das Subcomissões temáticas, quando a participação dos líderes e das entidades representativas da sociedade civil foi de importância preponderante. A análise do processo constituinte terá como fim acompanhar a dinâmica de elaboração do texto constitucional em função do conflito de interesses entre os defensores do projeto de Reforma Sanitária e os setores privados ligados à área da saúde. Oferecerá uma visão geral do processo e abordará até as negociações finais. Buscará verificar quais os aspectos do projeto da Reforma Sanitária lograram ser inclusos no texto da Constituição Cidadã.

1 OS FUNDAMENTOS TEÓRICO, IDEOLÓGICO E POLÍTICO DA DEMOCRATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

1.1 O Movimento Sanitarista e a Reforma Sanitária brasileira

A inscrição da Saúde como um “direito de todos e dever do Estado” na Constituição de 1988 foi o resultado de um longo processo de articulação social e política de profissionais da saúde, intelectuais, lideranças políticas e comunitárias, partidos, entidades representativas da sociedade civil organizada e toda forma de atores ligados à questão da saúde. Partindo da denúncia do caráter de exclusão social do modelo médico assistencial previdenciário no qual se resumia o sistema de saúde brasileiro, esses grupos sociais organizaram-se em um movimento de luta pela democratização da saúde, o Movimento Sanitarista³.

A Reforma Sanitária brasileira foi o principal projeto desse movimento. O ideal foi promover a reestruturação do sistema de saúde sobre bases mais democráticas e dentro dos princípios da universalização do atendimento e da unificação das ações e serviços de saúde em um Sistema Único de Saúde que tivesse a gestão descentralizada entre a União, os Estados e os Municípios e que permitisse, ainda, a participação da comunidade no seu planejamento.

A idéia da Reforma Sanitária Brasileira tem raízes profundas nos movimentos políticos e sociais que desde o início do século 20 atuavam em favor da melhoria das condições sociais no Brasil. Mas processo de

³ O termo “Movimento Sanitarista” aparece em muitos autores também com a denominação “Movimento Sanitário”. Na obra *Saúde: promessas e limites da Constituição*, os organizadores esclarecem que, lá, o autor utiliza ambos os termos como sinônimos, sendo que o próprio autor menciona uma designação mais precisa: “movimento pela democratização da saúde” feita por Pain. Existe, portanto, uma variação na designação do movimento que, no presente trabalho, chamaremos “Movimento Sanitarista”.

institucionalização do movimento que lutou pela democratização do sistema de saúde brasileiro começou com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976⁴. Era o período final do regime militar. A economia dava claros sinais de enfraquecimento. Iniciava-se um processo de abertura política que permitiu a formação de grupos e articulações sociais em favor da retomada da normalidade democrática.

O debate público sobre a questão social da saúde, cujo setor estava em colapso, extrapolou os limites do ambiente acadêmico ao qual tinha sido restrito pelo regime militar e ampliou-se no Movimento Sanitarista. Por meio de instituições como o Cebes e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o movimento construiu sua plataforma articulando conhecimento, denúncia e uma proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro.

As discussões do Cebes, feitas principalmente por meio da revista *Saúde em Debate*, concentravam-se na denúncia do caráter de exclusão do modelo assistencial em saúde, o qual era centralizado na Previdência Social e voltado exclusivamente para o trabalhador formalmente vinculado ao sistema previdenciário⁵, “criando uma situação de pré-cidadania para todos os demais brasileiros quanto ao direito à saúde”⁶.

Dessa forma, a proposta Reforma Sanitária era, por um lado, política, pois tinha como foco a luta pela democratização do país; por outro,

⁴ Segundo Sônia Fleury, “O CEBES representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triângulo que caracterizou o movimento da reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política.” (A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 25).

⁵ SANTOS, Lenir. O direito à saúde na ordem jurídica. Universidade Estadual Paulista, Estudos e pareceres, v. 5, jan./dez. 1994, p. 48-53.

⁶ FLEURY, Sônia. Cidadania, direitos sociais e Estados. In: 8.^a Conferência Nacional de Saúde, 1986. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 105.

técnica, porque buscava superar uma situação de exclusão com um sistema de atendimento universal em todos os níveis de complexidade em saúde⁷.

O desenvolvimento dos fundamentos teóricos da Reforma Sanitária começou no ambiente acadêmico, nos departamentos de medicina preventiva e social, em escolas de saúde pública e outras. A partir dos fundamentos teóricos da “Saúde Coletiva”, foi construído um modelo que permitisse a participação social na organização e gestão do sistema de saúde, o qual deveria não só superar a dicotomia preventivo/curativa até então vigente, como prestar atendimento em todos os níveis de complexidade de forma universal a todos os brasileiros e sob responsabilidade exclusiva do Estado.

Em um primeiro momento caracterizou-se como um movimento de desenvolvimento de um novo saber, no espaço acadêmico, um dos únicos redutos de resistência ao autoritarismo. Assim, aglutinaram-se profissionais de saúde, dedicados à docência e à investigação, que procuraram recuperar, a partir da produção caracterizada como sanitarismo desenvolvimentista dos anos 60, as análises da determinação social da doença, rompendo, porém, com a ideologia industrializante-desenvolvimentista para compreendê-la nos marcos da análise dos processos de trabalho.⁸

Importantes referências foram as teorias da Medicina Integral (*comprehensive medicine*), cujo modelo de história natural das doenças (HND) compreendia não só o agente causador da doença e o indivíduo, como também o meio físico, biológico e sociocultural dessa dinâmica natural entre a saúde e a doença⁹. Para cada fase do processo natural da doença, o modelo HND previa níveis de prevenção-promoção na fase pré-patogênica (*proteção da ocorrência*) e diagnóstico precoce, limitação do dano (*reabilitação*) e recuperação na fase patogênica (*prevenção da evolução*).

⁷ RODRIGUES NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 34.

⁸ FLEURY, Sônia. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Revista de Administração Pública*, v. 21, n. 4, Rio de Janeiro: out./dez. 1987, p. 95-96.

⁹ PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Op. cit.*, p. 12.

Esse novo modo de perceber a saúde transcendia a fisiologia do indivíduo para considerar a doença como um fenômeno condicionado pela realidade social. Nesse sentido, a abordagem compreensiva do fenômeno da saúde e da doença considerava, além de seus fatores biológicos e ecológicos, também os efeitos que o processo de reprodução social imprimia sobre eles, ou seja, a saúde passou a ser observada como um fenômeno determinado social e historicamente¹⁰.

Abordar a questão da saúde considerando a realidade social como um de seus fatores determinantes provocou um alargamento do campo e das formas de atuação nessa área, atuação que foi reforçada pelo auxílio das ciências sociais, que agregaram ao conjunto teórico conceitos de caráter mais político e ideológico, relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade e à democracia na questão da saúde¹¹.

O processo de consolidação desse conjunto teórico coincide com a exigência social de reorganização do sistema de saúde sobre bases mais democráticas. É em torno dessa ideia que começa a se consolidar o Movimento Sanitarista, que, engajado na luta pela redemocratização do país, teve na bandeira do *direito universal à saúde garantido pelo Estado* o seu principal instrumento de luta política¹².

Organizado, o Movimento Sanitarista, por influência metodológica da ciência social marxista¹³, fazia uma leitura socializante¹⁴ da problemática da saúde no Brasil. Para consolidar sua plataforma política, utilizou-se da estratégia de valorização do conceito de Saúde Coletiva, enfatizando e

¹⁰ FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. *Op. cit.*, p. 25.

¹¹ PAIM, Jairnilson Silva. *Op. cit.*, p. 14.

¹² RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 34

¹³ *Ibid.*, p. 34.

¹⁴ FLEURY, Sônia. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Op. cit.*, p. 95.

reforçando o seu valor como forma de ganho individual e coletivo na participação dos recursos de toda a produção social.

Quando se fala em Saúde, ou mesmo em política de Saúde, é necessário diferenciar duas conotações que comportam a análise desses temas. A primeira, normalmente privilegiada em temas dos estudos correntes setoriais, é a dimensão da atenção à Saúde ou os aspectos da assistência aos indivíduos e ao seu conjunto em relação aos seus problemas de saúde. Isso envolve as ações específicas dirigidas a prevenir as ocorrências de doenças e outros agravos e a recuperar ou restaurar a saúde daqueles que a tem comprometida.

A segunda conotação, que inclui a primeira, é a que diz respeito à Saúde em si, de cada um e de todos os indivíduos de uma sociedade, na apreensão do seu grau de higidez possível, o que significa compreender como e quanto as relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social concreta contribuem para o usufruto da riqueza nacional (ou mobilizável pela Nação), em benefício da qualidade e da extensão da vida de todos e de cada um de seus integrantes.¹⁵

Colocada a questão da saúde como um elemento de composição do equilíbrio de forças numa sociedade dividida em classes, ela passa a ser entendida como um instrumento de luta política capaz de ampliar ainda mais o conceito de cidadania.¹⁶ Assim, se a cidadania for entendida como um meio de superação das discrepâncias oriundas da desigualdade inerente a essa divisão, a conquista da saúde como um direito representará uma forma de superação dessas diferenças, um avanço no sentido da igualdade, ainda que se esteja tratando de igualdade na sua dimensão exclusivamente jurídica, uma igualdade meramente formal¹⁷.

¹⁵ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 24.

¹⁶ Nesse sentido, vale observar a interpretação que Paim dá à questão da saúde: “Portanto, é através das relações sociais de produção que se erguem as formas concretas de vida social. E o estado de saúde corresponde a uma das revelações dessas formas de vida, isto é, ‘um modo de andar a vida’. Nesse contexto, conhecer a saúde implica em [sic] conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade para que seja possível intervir socialmente na sua modificação; enquanto respeitar o direito à saúde significa mudança na organização econômica determinante das condições de vida e de trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços”. (Direito à saúde, cidadania e Estado. In: 8.^a Conferência Nacional de Saúde, 1986. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 4-5.)

¹⁷ Sobre a possibilidade de ganhos sociais verdadeiros no campo da saúde decorrentes do reconhecimento formal da igualdade, ou da saúde como direito social inscrito na própria Constituição Federal de 1988, Eleutério Rodriguez Neto escreve: “No que diz respeito à utilização do instrumento

O movimento pela democratização da saúde, Movimento Sanitarista, construiu a proposta de Reforma Sanitária sobre esses fundamentos teóricos. Sua atuação se deu em três frentes: na produção teórica, que resultou na construção do conceito de Saúde Coletiva; na atuação política de articulação em torno da questão da saúde e em favor da redemocratização do país; e, por fim, em um processo de conscientização e valorização da saúde como um direito universal e de natureza pública.

Partindo do conceito teórico de determinação social da doença e adotando a saúde como instrumento de luta para a transformação social, o Movimento Sanitarista consistiu em um “verdadeiro movimento contra-hegemônico”¹⁸, cuja luta, por sua vez, manifestou-se em três vertentes da prática social: “a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais)”¹⁹.

1.2 Uma abertura para a universalização da saúde

O período final do regime militar foi de reorganização das instituições políticas. Ao mesmo tempo que encaminhava um processo de abertura gradativa, o Governo Figueiredo dava continuidade à implantação do programa social iniciado no Governo Geisel (II PND, 1975-1979). O

Constituição como tática do movimento, há que se considerar a sua relatividade e formalismo, conforme denuncia Dalmo Dallari (1986). Entretanto, o próprio autor chama a atenção para o prestígio teórico que tem a Constituição, mesmo que seja reiteradamente desrespeitada pelos governantes. Mas isso já é, formalmente, uma transgressão, passível de um pleito em contrário dos cidadãos, o que significa a sua potencialidade como parâmetro do consentido, do pactuado”. (*Op. cit.*, p. 31.)

¹⁸ FLEURY, Sônia. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Op. cit.*, p. 96.

¹⁹ PAIM, Jairnilson Silva. *Op. cit.*, p. 13.

desenvolvimento social ocupou o centro das políticas governamentais, em igualdade hierárquica com desenvolvimento econômico. “Este é um momento chave em que a problemática e as políticas sociais são tomadas como estratégicas no projeto de desenvolvimento”²⁰.

O objetivo deste trabalho não é fazer um levantamento histórico do momento sociopolítico em que o projeto de Reforma Sanitária começa a tomar corpo no seio da sociedade brasileira. Entretanto, por ser necessário apontar os principais fatores que permitiram esse processo, abordaremos a questão com base no artigo de Pedro Luiz Barros Silva²¹, “O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições”, em que o autor faz uma análise da política governamental no setor de atenção à saúde no período referido.

O texto aborda, entre outros, o momento em que o debate sobre o modelo do Sistema Nacional de Saúde – SNS, que se apresentava “fragmentado e desarticulado em relação ao papel dos três níveis de governo, dividindo a clientela entre ‘previdenciários’ e ‘não previdenciários’ e dicotomizando ações de prevenção e cura”²², extrapolou o ambiente acadêmico e ampliou-se para outros segmentos da sociedade. O debate sobre o problema da saúde permitiu não só o reconhecimento da difícil situação pela qual passava o setor, como também a formulação de propostas de reestruturação do sistema.

Com o processo de abertura política, essas propostas tomaram força dentro e fora das instituições governamentais e chegaram ao centro das

²⁰ Cidadania, direitos sociais e Estados. *Op. cit.*, p. 108.

²¹ In: Cadernos Fundap – São Paulo, ano 3, n. 6, jul. 1983, p. 41. Disponível em: <www.fundap.sp.gov.br/index.asp?link=publicacoes/cadernos/cad06/cadernos06.asp&linktitfigtxt=publicacoes/publicacoesfiguratxt.asp&linknoticia=publicacoes/publicacoesnoticias.asp&linktitfig=publicacoes/publicacoesfigura.asp>. Acesso em: 27 nov. 2008.

²² JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 7-25, jul. 1990.

discussões na VII e na VIII Conferências Nacionais de Saúde, em 1980 e 1985, respectivamente, cujos relatórios finais reconheciam, de maneira formal, a urgente necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde. A VIII Conferência formaliza a proposta de uma Reforma Sanitária brasileira, e seu relatório final afirma:

1 – Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo no que se está convencendo chamar de reforma sanitária.²³

Segundo o autor, a possibilidade do debate surge com o início da mudança no contexto político-econômico decorrente do fracasso do modelo de desenvolvimento adotado no período anterior, o chamado “milagre econômico”. O esgotamento do modelo de desenvolvimento focado no campo econômico desgastou a relação do governo com a sociedade e obrigou o regime a adotar uma estratégia de retomada da normalidade institucional da vida política do país.

O processo de abertura política criou um espaço, dentro e fora das estruturas governamentais, para que novos atores políticos se organizassem e pudessem pressionar pela formulação de políticas governamentais de caráter mais democrático e universalista nos campos social e econômico. Setores da sociedade mais organizados e que se opunham ao regime passaram a participar da formação das políticas e decisões governamentais e nelas influir. Alterou-se, dessa forma, a correlação de poder nos segmentos internos da estrutura governamental e entre esta e os grupos privados a ela vinculados.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, p. 381. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em 13 nov 2008.

Paralelamente ao processo de redemocratização, foi adotado um modelo de desenvolvimento voltado para o campo social, uma vez que a crise econômica impunha severa deterioração das condições de vida da população. A situação era de perda de poder aquisitivo e rápido empobrecimento das classes de baixa renda. O perfil extremamente concentrado dos níveis de renda era agravado pela queda do valor real do salário-mínimo, corroído pelo processo inflacionário.

A deterioração no quadro das condições de vida da maior parte da população agravou-se ainda mais com a adoção de uma política agrícola equivocada, no período de 1972-1973, que aumentou o custo relativo da produção de alimentos no mercado interno e reduziu a disponibilidade de alimento por habitante.

Associado a essa situação, o contínuo processo de imigração das populações rurais provocava o inchaço das grandes cidades, que, desprovidas de um aparato médico-sanitário capaz de atender a demanda, apresentavam altos índices de mortalidade infantil e ocorrência de epidemias, como a de meningite nos anos 1973-1974, além de outros graves problemas de saúde pública²⁴.

Uma situação de calamidade nas condições socioeconômicas provocava o descontentamento geral da sociedade. Apoiados nesse sentimento de insatisfação e denunciando o fracasso dos resultados político, econômico e social da atuação governamental, grupos sociais dissidentes fizeram dessa circunstância de tensão social um instrumento de pressão para transformar o quadro político-institucional mantido pelo regime.

²⁴ Cf. Audiência pública da 9.^a reunião da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, com Sílio Andrade, da Federação Brasileira de Hospitais. Migração e dificuldades de programação sanitária. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões, p. 88. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

A crise do regime também se manifestou na relação entre o aparato institucional-burocrático do governo e os grupos empresariais dominantes que participavam da coalizão que lhe servia de base. Em virtude das pressões citadas acima, foi criado um novo plano de desenvolvimento que privilegiava o social. Isso implicou uma reorganização das estruturas internas do poder estatal, alterando os meios de acesso e as posições daquelas organizações empresariais relativamente ao Estado.

A realocação dos participantes da coalizão governante dentro do aparato institucional-burocrático ligado ao setor produtivo, de forma a manter um canal de comunicação que atendesse aos interesses dos grupos empresariais privados, foi um fator de desgaste do regime também junto às classes sociais dominantes.

Neste cenário político três problemas centrais se apresentam para o governo a partir de 1974: o primeiro ligado às tensões sociais geradas pela situação de absoluta carência das classes sociais mais baixas; o segundo, aos modos de redistribuição do poder entre a coalizão governante, de forma a manter os interesses dos grupos empresariais e suas conexões no aparelho burocrático do Estado; e o terceiro, relativo ao próprio desgaste que o regime vinha sofrendo, não só frente à sociedade civil organizada que a ele se opunha, como também dentro da própria coalizão que o sustentava, o que lhe impunha o problema de mudar a estratégia política sem perder os postos centrais de poder do Estado.

No campo político, a resposta para esse conjunto de problemas foi iniciar um processo de restauração das instituições democráticas, permitindo maior participação dos segmentos sociais mais organizados no processo decisório do governo. Esse processo de flexibilização do regime foi chamado de abertura política lenta, gradual e segura.

No campo social, a resposta foi priorizar políticas governamentais voltadas para a solução dos graves problemas, focadas principalmente nas camadas de baixa renda. Um exemplo dessa nova postura foi o II Plano Nacional de Desenvolvimento, implantado em setembro de 1974, o qual atribuiu importância equivalente às áreas econômica e social e contemplou as classes baixas com prioridade no desenvolvimento das políticas públicas.

Especificamente no setor da saúde, essas políticas manifestaram-se, inicialmente, na criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, Lei n.º 6.036/74, que separou a área previdenciária da do trabalho. Esse processo de individualização e fortalecimento do sistema previdenciário demonstrou a evidente importância política e financeira da Previdência Social no desenvolvimento das políticas sociais do governo.

A tendência confirmou-se quando, por intermédio do recém-criado MPAS-INPS, o governo deu início ao Programa de Pronta Ação (PPA). Esse programa representou grande passo rumo à universalização do atendimento de saúde, uma vez que previa o custeio, pela Previdência Social, de todo tratamento realizado pela rede pública ou privada vinculada ao sistema, independentemente de o paciente ser ou não associado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O PPA representou também a segunda grande ação governamental de organização de todos os prestadores de serviços privados de saúde. O MPAS-INPS passou a atuar como um órgão central de decisão e coordenação estatal destinado à unificar e controlar o sistema de prestação de serviços de saúde.²⁵

²⁵ A primeira ação no sentido de centralizar o controle dos serviços de saúde foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em novembro de 1966, que unificou o gerenciamento da assistência médico-previdenciária, prestada até então de forma difusa pelos diferentes Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões.

A atuação estatal em saúde era focada na atenção médico-hospitalar, prestada quase que exclusivamente por meio do complexo previdenciário, que adotava uma política de compra de serviços privados. Os serviços médico-previdenciários prestados pelo setor privado eram diferenciados entre *credenciados* e *contratados*, conforme a quantidade e qualidade dos serviços prestados a cada tipo de população, urbana ou rural. Outra configuração era o *convênio-empresa*, que atendia a população urbana vinculada a empresas, as quais, direta ou indiretamente, ofereciam serviços médico-hospitalares aos seus empregados e dependentes. Para cada espécie de contratação havia uma forma e um volume diferentes de repasse dos recursos financeiros. O setor público, que prestava atendimento à parcela da população não formalmente vinculada ao mercado de trabalho, até então não se subordinava ao complexo previdenciário.

O PPA permitiu maior controle sobre a oferta dos serviços privados porque criou um sistema de pagamento preestabelecido em função da forma de contratação. Os *credenciados* e *contratados* passaram a ser pagos por serviços prestados, de acordo com uma tabela de remuneração de honorários médicos e hospitalares; os *conveniados*, pelo sistema de pré-pagamento, fixação de subvenções mensais ou *per capita*. O sistema público também passou a ser subsidiado pela Previdência Social por meio de convênios específicos, tornando-se mais dependente do sistema previdenciário para a realização de seus investimentos. Dessa forma, a atuação governamental em saúde continuou focada no sistema “médico-hospitalar”; entretanto, a gestão e o financiamento no âmbito nacional foram centralizados na Previdência Social.

Essa política de privilégio à assistência médico-hospitalar era adotada em detrimento da medicina preventiva, que opera de forma mais abrangente por intermédio de grandes programas de Saúde Pública²⁶, a qual

²⁶ Segundo Paim, esta tem sido a regra das políticas públicas de saúde nos últimos 35 anos, e a participação do Ministério da Saúde no orçamento da União vem decrescendo nos últimos vinte anos: “Apesar dos planos e programas enfatizarem reiteradamente as medidas preventivas, o

estava sob responsabilidade do Ministério da Saúde. O autor refere-se a uma mudança nessa política no início do governo Figueiredo, quando se adota uma política de reorientação do “perfil dominante de organização da intervenção estatal no setor de saúde como um todo”. Inicia-se, então, um processo de integração do sistema de saúde no sentido de superar a dicotomia entre o atendimento médico-hospitalar e as ações de caráter preventivo, médico-sanitárias.

O reconhecimento da necessidade de reorientação do sistema na direção da atenção médico-sanitária dá-se em função de três fatores: a) “o reconhecimento da incapacidade crescente da assistência médico-previdenciária em resolver os problemas de saúde da população”; b) “a diretriz de racionalização dos dispêndios”; c) “a viabilização da universalização do atendimento”.

1.3 Estado e saúde

A estratégia de ação política do Movimento Sanitarista foi apostar no Estado como agente viabilizador das conquistas pretendidas. Pelo fato de atuar tanto de maneira coercitiva como consensual, “o Estado é o elemento organizador das relações sociais”²⁷, aquele que mantém as condições sociais favoráveis para a continuidade do sistema de produção econômica em uma perspectiva crescente de ganhos e de acumulação de riquezas.

financiamento das ações de saúde nos últimos 35 anos segue no sentido contrário. Em 1949, 12,9% dos gastos em saúde se faziam para assistência médico-hospitalar e 87,1% para os ‘serviços preventivos’, enquanto, em 1982, 84,6% dos gastos foram para a assistência médico-hospitalar e apenas 15,4% para os ‘serviços preventivos’. (Direito à saúde, cidadania e Estado. *Op. cit.*, p. 52.)

²⁷ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 25.

Ocorre, por vezes, que a atuação do Estado é contrária aos interesses da classe dominante, já que atua como um agente externo ao conflito e no sentido de adequar as relações sociais ao sistema de produção²⁸. Essa atuação mediadora no conflito de classes é feita por meio de instituições jurídicas, ou seja, o Direito. A legitimidade desse instrumento justifica-se “pela criação da noção formal e abstrata da ‘igualdade de direitos’, substrato declarado do Estado capitalista e, em especial, do Estado liberal que postula ser o Estado dos cidadãos”²⁹. Trata-se, contudo, de uma igualdade entre dominadores e dominados, “uma igualdade entre os que compram e os que vendem a força de trabalho”³⁰. Partes diferentes de um conflito que, perante o Direito, instituição que legitima os interesses hegemônicos, são tratadas por cidadãos.

Partindo dessa perspectiva do Estado e aproveitando o momento político de “desmantelamento do Estado autoritário burocrático”, o Movimento Sanitarista deu início a duas novas estratégias para realizar o projeto de reforma do sistema de saúde brasileiro, a Reforma Sanitária. A primeira foi a ampliação da sua base de apoio. Buscando maior participação institucional na realidade política e social, promoveu uma coalizão suprapartidária e trouxe para seus quadros parlamentares identificados com a questão da saúde, além de uma pluralidade de atores como líderes comunitários, dirigentes sindicais e outros que estavam reunidos em torno do mesmo projeto³¹.

O alargamento da base de apoio permitiu que a proposta de Reforma Sanitária fosse colocada em discussão nos mais importantes espaços institucionais, inclusive no próprio Congresso Nacional brasileiro. E o longo tempo de debate e produção de conhecimento no campo da saúde,

²⁸ *Ibid.*, p. 26-27.

²⁹ *Ibid.*, p. 26.

³⁰ *Ibid.*, p. 26.

³¹ *Ibid.*, p. 34.

empreendido anteriormente por instituições como o Cebes, a Abrasco e outras, permitiu uma atuação mais preparada e propositiva de alternativas viáveis.

A atmosfera criada pelas políticas sociais do II PND favoreceu o debate de uma proposta de maior democratização e racionalização dos serviços de saúde, tido como o principal foco de gastos do sistema previdenciário, que, naquele momento, passava por grave crise financeira.

A conjugação desses dois fatores – a ampliação da base de apoio da proposta de Reforma Sanitária e o momento político favorável – resultou no 1.º Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, no qual foi apresentada a proposta do Sistema Único de Saúde. A importância desse momento para a construção de um novo sistema de saúde brasileiro foi lembrada pelo médico sanitário, Sérgio Arouca, quando de uma audiência pública que faria na Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente da Assembleia Nacional Constituinte:

Inicialmente chamaria a atenção que [sic] Carlos Mosconi, Borges da Silveira, Max Mauro, Carlos Santanna, na Comissão de Saúde e no Parlamento, foram pessoas que começaram a estabelecer essa ponte entre toda a discussão de saúde pública entre os sanitários e o Poder Legislativo.

Realmente foi um pioneiro o trabalho desenvolvido na Comissão de Saúde, que permitiu a organização dos Simpósios de Saúde, que foram também eventos absolutamente históricos, onde [sic] se começou a delinear, de forma conjunta, a posição de uma nova Política de Saúde no Brasil.³²

³² Audiência pública na 12.ª reunião da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões, p. 147. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

Pela primeira vez era trazida para discussão pública uma proposta de unificação dos órgãos envolvidos nas ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde, com uma gestão descentralizada e que permitisse a participação democrática da comunidade. A partir de então, o modelo de unificação discutido no 1.º Simpósio tornou-se o principal paradigma da pretendida Reforma Sanitária brasileira³³.

As ideias reformistas foram consolidadas e passaram a ser utilizadas como instrumento de pressão social e política visando uma resposta técnica por parte do governo para as questões do setor da saúde. Essa demanda levou à criação de um Grupo Técnico Interministerial³⁴ para desenvolver um projeto de sistematização do setor capaz de articular as várias áreas que atuavam de maneira fracionada e desconexa, além de superar a divisão entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em março de 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema principal foi a “implantação e desenvolvimento de serviços básicos de saúde com cobertura universal e sob responsabilidade direta do setor público sem prejuízo da existência de um setor privado independente”³⁵. As discussões travadas nessa conferência serviram de parâmetro para um projeto maior a ser desenvolvido pela equipe técnica interministerial.

A primeira versão desse projeto foi apresentada em julho de 1980 com o nome Prevsáude, essencialmente um programa de serviços básicos de

³³ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 35.

³⁴ Conforme Eleutério Rodriguez Neto: “O grupo, interinstitucional incluía técnicos dos Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS), Saúde (MS), Educação e Cultura (MEC), do Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Ipea/Seplan), de Secretarias Estaduais de Saúde, e, em particular, do grupo local e nacional da Organização Pan-americana de saúde, que, de fato, orientou tecnicamente os trabalhos”. (*Op. cit.*, p. 36-37.) Ver também SILVA, Pedro Luiz Barros, *op. cit.*, p. 43.

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. VII Conferência Nacional de Saúde. Anais da 7.ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, p. 233.

saúde e de estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada. O anteprojeto representou grande avanço na direção das transformações tidas como fundamentais para a Reforma Sanitária; suas principais diretrizes apontavam no sentido da unificação do sistema de saúde e universalização do atendimento sob responsabilidade do Estado.³⁶

O Prevsauúde criaria instrumentos de organização e controle do sistema público de atendimento de serviços básicos de saúde, o qual operava em uma lógica privada de serviço médico-assistencial. Nesse sentido, a orientação básica do projeto era regionalizar o atendimento, privilegiar o crescimento das redes de saúde estaduais e locais e deixar a rede federal numa posição subsidiária, de forma que sua manutenção ou expansão estivesse condicionada à demanda gerada pelos serviços básicos.³⁷

As mudanças propostas significavam grande ameaça para o crescimento do setor privado. Primeiro, porque dava privilégio à utilização da rede pública; depois, porque retirava da competência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) o poder de contratar com setor privado, competência que passaria para as secretarias de saúde estaduais e locais, descentralizando o poder decisório.

A proposta, na forma em que foi apresentada, desencadeou fortes pressões que vieram não só do setor privado, que viu limitada a sua possibilidade de crescimento na prestação de serviços contratados pelo Inamps, como do próprio órgão que perderia poder e força política com a

³⁶ Pedro Luiz Silva aponta as principais diretrizes do programa Prevsauúde como sendo:
 “- responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle de todo o sistema;
 - descentralização decisória e operacional;
 - integração entre as ações de promoção, recuperação e reabilitação;
 - regionalização;
 - simplificação de técnicas e meios;
 - eficiência administrativa, sem prejuízo da eficácia social;
 - participação comunitária”. (*Op. cit.*, p. 44.)

³⁷ *Ibid.*, p. 44-45.

possibilidade, inclusive, de sua extinção ou de ser absorvido pelo Ministério da Saúde (MS). Essas pressões foram muitas e obrigaram a várias reformulações do projeto, que, assim, foi-se distanciando da proposta original e drenando a força política do grupo interministerial, que deixou de se reunir, dando o projeto por perdido depois de muito desgaste³⁸.

O embate entre forças políticas no interior da estrutura burocrática do setor de saúde revelou a intensidade do poder dos grupos empresariais ligados ao sistema previdenciário. O “perfil médico-assistencial privatista”³⁹ da atuação governamental fortaleceu política e economicamente tais grupos empresariais e permitiu que criassem fortes conexões com o aparato institucional-burocrático, o que lhes garantiu grande margem de manobra e influência nas decisões governamentais, evitando mudanças e reformas que lhes fossem prejudiciais.

Por outro lado, o processo de abertura política havia possibilitado que o Movimento Sanitarista pusesse em andamento a sua segunda estratégia de prática política: a ocupação de cargos e funções públicas que permitiram o início de um processo de resistência intrainstitucional⁴⁰ à atuação daqueles grupos dentro do aparelho Estado.

³⁸ Eleutério Rodriguez Neto identifica três ordens de pressões que se fizeram sobre o projeto: “Pelo que se sabe, as pressões contra o Prevsauúde tiveram três origens principais. A primeira, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abrange), que, emergente na ocasião, apresentava uma face de ‘capitalismo moderno’, simpática à Seplan. A outra pressão tinha por motivação a preservação dos interesses da área hospitalar privada, naquele momento a grande beneficiária do sistema vigente e que, embora preservado como estrutura no projeto, certamente teria de se submeter a novas e constrangedoras regras. Por último, os interesses do clientelismo político que encontrava no credenciamento de médicos e dentistas uma via privilegiada de realização; neste caso, a classe política, aliada aos interesses neoliberais representados pela Associação Médica Brasileira e por seu delegado, o então presidente do Inamps, dr. Harry Graeff, via no Prevsauúde a morte da ‘galinha dos ovos de ouro’”. (*Op.cit.*, p. 38.)

³⁹ SILVA, Pedro Luiz Barros. *Op. cit.*, p. 27.

⁴⁰ FELICIELLO, Domenico. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, abr./jun. 1992, p. 68-69.

O advento de uma forte crise financeira no sistema previdenciário refletiu o desgaste do modelo assistencial privatista, o que se agravou com a absoluta ausência de alternativas viáveis apresentadas pela liderança dos grupos empresariais ligados à Previdência Social. Dessa forma, os novos atores foram ganhando força e influência nas decisões, porque a pretendida Reforma Sanitária contemplava um importante elemento de racionalização do sistema de atendimento à saúde.

Para solucionar a crise previdenciária, foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), um conselho que abrigou entre seus membros representantes tanto com interesses conservadores do modelo assistencialista, como do Movimento Sanitarista, que “defendia os princípios da responsabilidade pública quanto à execução dos serviços e ações de Saúde, numa perspectiva estatizante”⁴¹. Após um longo embate político, ideológico e principalmente técnico, as propostas racionalizadoras do grupo reformista prevaleceram no “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social”, o “Plano Conasp”⁴², aprovado em agosto de 1982.

O Plano Conasp era composto de trinta e três projetos básicos, que obedeciam a três principais diretrizes: 1) a redução de gastos previdenciários com saúde; 2) a busca da eficácia técnica no desenvolvimento dos projetos; e 3) a racionalização da rede pública de assistência ambulatorial. Essa última diretriz foi contemplada com mais ênfase no Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), um projeto de integração das redes federal, estaduais e municipais com enfoque na regionalização do sistema, cujo fim era obter maior funcionalidade e utilização da capacidade instalada da rede pública.⁴³

⁴¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 41.

⁴² FELICIELLO, Domenico. *Op. cit.*, p. 68-70.

⁴³ Cf. JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie. *Op. cit.*, p. 10, nota 5.

Os integrantes do Movimento Sanitarista que participavam do Plano Conasp constataram que, dentre todos, o projeto País tinha maior possibilidade de reorientação da atuação governamental no mesmo sentido da proposta de Reforma Sanitária. Disputas políticas acirravam-se para a ocupação de cargos importantes no desenvolvimento dos projetos. A direção do Departamento de Planejamento do Inamps – PLS, órgão responsável pela implantação do País, coube, ao fim, a um dos principais membros do Movimento Sanitarista, que deu início ao processo de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), naquele momento já sem o “P”, por não mais tratar-se de um projeto⁴⁴.

Era um período de grande turbulência política. Em 1982, a maioria dos Estados brasileiros elegeu governadores da oposição que construíram suas plataformas políticas sobre o tema da descentralização. A retomada da normalidade democrática do país passava necessariamente pela necessidade de descentralização do poder decisório, vista como um “fator de permeabilização da esfera pública ao controle social”⁴⁵.

Nesse sentido, as AIS cumpriram um papel políticamente importantíssimo quando transferiram para as esferas de governo estaduais e municipais a prestação de serviços de assistência médica e, ainda, os recursos previdenciários antes utilizados para a compra de serviços privados. Criaram também uma estrutura de gestão interinstitucional que abrangeu todos os níveis do sistema, dividindo com os governos regionais e locais o poder decisório antes concentrado no âmbito federal.⁴⁶

⁴⁴ RODRIGUEZ NETO, Eleutério, *op. cit.*, p. 44

⁴⁵ JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie, *op. cit.*, p. 9.

⁴⁶ As Comissões Interinstitucionais de Saúde eram as seguintes: Ciplan – Comissão Interinstitucional de Planejamento, âmbito do Governo Federal; CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde, Governo Estadual; Cris – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde, âmbito regional; Cims – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, Governo Municipal; Clis – Comissão Local Interinstitucional de Saúde, âmbito local. (*Ibid.*, p. 11).

Apesar das fortes pressões exercidas pelos grupos conservadores, a maior representatividade dos governadores eleitos pelo voto direto e a possibilidade de autonomia de gestão dos serviços e recursos destinados à saúde estimularam a adesão maciça dos Estados aos convênios das AIS, de forma que, em maio de 1984, todos os Estados brasileiros já eram conveniados⁴⁷.

Paralelamente ao embate técnico-burocrático que se travava no interior da estrutura do Inamps, culminando com a demissão do diretor do PLS, a luta política pela redemocratização do país, o movimento das “Diretas já”, tomava força no corpo da sociedade brasileira. As lideranças da Aliança Democrática discutiam os possíveis planos do novo governo, e, na área da saúde, a principal questão era quanto ao modelo ideal para um novo sistema de saúde brasileiro. Nesse momento, o Movimento Sanitarista atuou participando do maior número de discussões possível, com o objetivo de conhecer as várias propostas e também de influenciá-las nos pontos que considerava essenciais para a Reforma Sanitária brasileira.

Instalado o governo da Nova República, o então Presidente José Sarney enviou proposta de convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte (ANC) ao Congresso Nacional, que, por meio da Emenda Constitucional n. 26, de 27 de novembro de 1985, convocou a formação da ANC para o dia 1.º de fevereiro de 1987, pela reunião unicameral da Câmara dos Deputados e do Senado Federal na sede do Congresso Nacional⁴⁸.

Houve a necessidade de alinhar os vários projetos, estabelecer as diretrizes da mudança e traçar as estratégias para garantir a estabilidade do novo pacto das forças políticas e sociais que emergiam. Para servir como fórum desse debate no segmento da saúde, foi convocada a 8.ª Conferência

⁴⁷ RODRIGUEZ NETO, Eleutério, *op. cit.*, p. 47.

⁴⁸ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *História constitucional do Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991, p. 453.

Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, cujas conclusões deveriam orientar os trabalhos da ANC na construção de um novo modelo constitucional de Sistema Nacional de Saúde⁴⁹.

1.4 As diretrizes da 8.^a Conferência Nacional de Saúde

A 8.^a Conferência Nacional de Saúde foi um marco político no setor porque reconheceu formalmente a necessidade de se promover uma Reforma Sanitária brasileira. Da mesma forma, legitimou a atuação do Movimento Sanitarista na luta pela democratização do sistema de saúde brasileiro, validando a sua plataforma como referência institucional de um novo sistema público de saúde para a Assembleia Nacional Constituinte.

Focada em três temas principais – 1) “saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade”; 2) “reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e 3) “financiamento do setor saúde”⁵⁰ –, a 8.^a Conferência consolidou os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação comunitária como fundamentais na formação da nova política nacional de saúde a ser inscrita na Constituição.

Os debates, mesas-redondas e painéis apresentados na Conferência foram sintetizados em uma série de recomendações pertinentes a cada um dos temas discutidos e que tinham como fim orientar os trabalhos

⁴⁹ FELICIELLO, Domenico, *op. cit.*, p.70. Cf. Discurso pronunciado em sessão solene durante os trabalhos da VIII Conferência, quando o então presidente José Sarney declarou que, pela seriedade, profundidade e abrangência com que os temas seriam ali tratados, a conferência representaria “a pré-constituente da saúde no Brasil”.

⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Regimento especial da 8.^a Conferência Nacional de Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 411- 412.

da Constituinte. A recomendação número 27 do tema 2 – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde – consistia na criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto de forma paritária por membros da sociedade civil organizada e órgãos governamentais, cuja finalidade era dar continuidade à discussão dos temas e aprofundamento das teses debatidas e, assim, garantir a efetivação de propostas que pudessem subsidiar os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte⁵¹.

Eleutério Rodriguez Neto⁵² observa o desinteresse por parte do Ministério da Saúde e do Inamps/MPAS em cumprir seus “esperados papéis de organizadores dos desdobramentos da 8.^a Conferência e, em particular, da criação e funcionamento da proposta da Comissão Executiva da Reforma Sanitária”. Em virtude do caráter institucional que fora dado à Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), sua expressão política e participação nos vários fóruns de discussão sobre a questão da saúde foram limitadas e de importância secundária. Entretanto, a Comissão, tomando para si uma função que não lhe fora determinada na portaria interministerial⁵³ que a criou, desenvolveu uma proposta de texto constitucional para a saúde e um projeto para a nova Lei do Sistema Nacional Único de Saúde.

[...] este é um País de médicos sem clientes e de clientes sem médicos, como é um País de pessoas sem terra e de terra sem pessoas para trabalhar a terra. [...] Vamos precisar de uma Constituição grande, lamentavelmente. Não será uma Constituição curta. [...] Já Cuba, que fez sua Constituição no momento de construção do socialismo, precisou colocar oito ou nove artigos sobre saúde; Portugal, treze ou quatorze, porque são países cujos momentos de elaboração da Constituinte foram momentos críticos, momentos de falta de uma clareza muito grande sobre os destinos nacionais. Mas a saúde é prioritária e tem que estar escrito lá.⁵⁴

⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8^a conferência nacional de saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 388.

⁵² *Op. cit.*, p. 55-56.

⁵³ Portaria interministerial MEC/MS/MPAS n. 2/86, de 22/08/86.

⁵⁴ BUARQUE, Cristóvam. Discurso mesa-redonda: constituinte e saúde. Anais da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

Esse trecho do discurso de Cristóvam Buarque, então Reitor da Fundação Universidade de Brasília (FUB), pronunciado em discussão da mesa-redonda constituinte e saúde, durante a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, reflete o objetivo de se equacionarem, ali, as matérias que seriam propostas como conteúdo de saúde para a Assembleia Nacional Constituinte.

Apesar de uma nova proposta de matéria relacionada à saúde para a nova Constituição ter sido apresentada pelo deputado Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna (PFL – Partido da Frente Liberal) nessa mesma mesa-redonda, a própria 8.^a Conferência não apresentou, ao final das discussões, uma proposta com semelhante conteúdo. Entretanto, no seu relatório final, os princípios tidos como fundamentais na construção do novo Sistema Nacional de Saúde e que, portanto, deveriam constar no texto constitucional foram assim apresentados⁵⁵:

- a saúde é o resultado histórico das relações sociais de produção que em determinado momento divide a sociedade em classes e acarreta enormes desigualdades entre elas no que se refere às “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”⁵⁶;

- a saúde é um direito que consiste na garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, “devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”⁵⁷;

⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8.^a Conferência Nacional de Saúde. Anais da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 378-389.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 378.

⁵⁷ *Ibid.* p., 382.

- a garantia do direito à saúde implica o dever do Estado de oferecer, por intermédio de políticas de saúde integradas às demais políticas sociais e econômicas, os meios de efetivá-la, e de assegurar a participação social na gestão e no controle das ações e serviços de saúde nos vários níveis do sistema;
- as ações e serviços de saúde são de natureza pública, porque a saúde de cada indivíduo é de interesse coletivo e “dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais”,⁵⁸
- o Sistema Nacional de Saúde será reestruturado em um Sistema Único de Saúde, descentralizado entre os níveis federal, estadual e municipal, cujas ações devem abranger todos os níveis de complexidade e prestadas de forma regionalizada e hierarquizada, gratuita, universal e igualitária;
- o Sistema Único de Saúde será público e subordinará os demais serviços privados de saúde, os quais terão suas ações controladas e serão coibidos nos lucros abusivos, “tendo como meta uma progressiva estatização do setor”;⁵⁹
- a relação entre o setor público e setor privado será reorientada no sentido da adequação ao perfil epidemiológico da população e por parâmetros de desempenho e qualidade. Os contratos devem reger-se pelas normas de direito público, “passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público”;
- a propaganda comercial de medicamentos e de produtos nocivos à saúde fica proibida;
- o financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado e será feito pela formação de Fundos Únicos de Saúde nos níveis federal, estadual e municipal, por um terço

⁵⁸ *Ibid.*, p. 384.

⁵⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8.ª Conferência Nacional de Saúde. Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p.385.

dos recursos destinados às políticas sociais pelos Ministérios e secretarias. Os Fundos Únicos de Saúde serão geridos com participação conjunta do Estado e da sociedade;

- o sistema de saúde será separado do sistema previdenciário, com substituição gradativa dos recursos previdenciários destinados às ações de saúde por fontes alternativas de financiamento;
- os fundos públicos serão redirecionados para financiamento exclusivo do setor público de saúde e os financiamentos do setor privado serão imediatamente suspensos.

Pelo fato de a 8.^a Conferência ter sido realizada em clima de grande participação democrática e promovido a discussão de temas eminentemente doutrinários sobre o problema da saúde, os princípios lá explicitados passaram a vigorar como parâmetro das principais propostas de textos constitucionais que naquele momento começavam a surgir.

Como forma de dar continuidade aos debates e consolidar os princípios definidos na 8.^a Conferência, e, ainda, desempenhando uma função que pelas diretrizes da 8.^a Conferência caberia à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a Abrasco promoveu, em setembro de 1986, o 1.^o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que consistiu na primeira discussão pública de uma proposta de texto constitucional para a saúde com base nas diretrizes definidas na 8.^a Conferência Nacional de Saúde.⁶⁰

No dia 18 desse mesmo mês, a Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, instituída pelo Decreto n. 91.450, de 18 de julho de 1985, entregava o seu anteprojeto constitucional ao então presidente José Sarney. A Comissão Afonso Arinos, como passou a ser chamado o grupo dos “50 notáveis” presididos por Afonso Arinos de Melo Franco, assim como a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, também extrapolou os fins para os

⁶⁰ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 50.

quais foi instituída e, para além de “desenvolver pesquisas e estudos fundamentais no interesse da Nação brasileira”, elaborou um verdadeiro anteprojeto de Constituição⁶¹.

Contudo, de forma diferente da CNRS, a Comissão Afonso Arinos não tomou como referência as diretrizes definidas na 8.^a Conferência Nacional de Saúde⁶² e apresentou uma proposta de conteúdo de saúde para a nova Constituição muito discrepante dos anseios sociais e políticos do grupo articulado em torno da Reforma Sanitária, já naquele momento com expressão política tão marcante que passou a ser chamado de “partido sanitário”⁶³ pelos grupos divergentes. Ao final, o anteprojeto da Comissão Afonso Arinos não foi entregue à futura Assembleia Nacional Constituinte e, de forma diferente, foi encaminhado por despacho do presidente José Sarney ao Ministério da Justiça, não lhe sendo dado o fim para o qual fora elaborado⁶⁴.

⁶¹ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *Op. cit.*, p. 453.

⁶² RODRIGUEZ NETO, Eleutério, *Op. cit.*, p. 51.

⁶³ FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. *Op. cit.*, p. 27.

⁶⁴ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *Op. cit.*, p. 454. Cf., p. 490, em que os autores também observam que o motivo pelo qual o Poder Executivo deixou de enviar à Constituinte o “Projeto dos Notáveis” foi porque este contemplava o sistema parlamentar de governo e que o “Presidente José Sarney estava no propósito de não abrir mão dos poderes que necessariamente seriam transferidos para o primeiro-ministro com a adoção do parlamentarismo”.

2 A SAÚDE NA ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE

2.1 A questão da legitimidade da Assembleia Nacional Constituinte

Organizações civis de vários tipos, partidos políticos de oposição ao regime militar, líderes sindicais e comunitários, professores, estudantes, trabalhadores, advogados, órgãos da imprensa, enfim, toda a sociedade brasileira estava envolvida na profusão de debates acerca das propostas para uma nova Constituição, profusão essa resultante de um longo período de transição e de luta pela redemocratização do país que começara nos fins dos anos 1970 com o “processo de abertura política ‘por cima’ conhecido como a distensão política lenta, gradual e segura”⁶⁵.

Dessa forma, a convocação da Assembleia Nacional Constituinte cumpriu simultaneamente dois desígnios políticos engendrados no clímax da crise que obrigou o regime militar a iniciar o processo de transição democrática. O primeiro foi apascentar a sociedade brasileira, que já se encontrava num estágio avançado de reorganização política e social dos grupos dissidentes. A sociedade civil se organizava e exigia a retomada da democracia. Então, uma nova Constituição significava a possibilidade de construir um novo arranjo institucional que permitisse maior participação social nas decisões e ações governamentais, nos vários setores da vida comunitária, inclusive no setor da saúde.

O segundo desígnio do jogo político, que visava completar a transição democrática mantendo-se no poder os principais grupos políticos e suas conexões com o aparelho institucional burocrático do Estado,

⁶⁵ SILVA, Pedro Luiz Barros. *Op. cit.*, p. 34.

materializou-se na Emenda Constitucional n. 26, de 27 de novembro de 1984. A Emenda de convocação da Assembleia Nacional Constituinte resultou da proposta enviada pelo Presidente José Sarney ao Congresso Nacional em 28 de julho de 1985. Pelo processo jurídico-político do qual se originou, a Constituinte tinha sua legitimidade e poder constituinte vinculados à ordem institucional anterior, e, nesse contexto, foi convocada pelo próprio regime que deveria superar. A soberania de seu poder originava-se na Constituição que a criou, situação que representou o “termo final do período de transição com que, sem ruptura constitucional, e por via de conciliação, se encerra um ciclo revolucionário”⁶⁶. Na própria mensagem que o Presidente da República envia ao Congresso Nacional propondo a convocação da Constituinte, essa situação se expressa da seguinte forma:

O compromisso, antes aludido, de convocação da Assembleia Nacional Constituinte, de par com os traços de generosa confiança e incontida esperança que o exornam, singulariza-se pelo fato de estar em plena vigência uma ordem jurídica e suas instituições políticas e civis, cujo império se estenderá até o momento em que for promulgada a nova Constituição. Até lá, e sob pena de instalar-se o caos normativo, que a ninguém aproveitaria, é necessário respeitar a lei que temos e modificá-la segundo os processos por ela próprios admitidos, para que a vontade de alguns não seja erigida em mandamento supremo de todos.

Da inelutável necessidade de manter e operar as instituições governativas vigentes, harmonizando-as à imperiosa aspiração de instaurar outras mais livres e justas, resulta o texto que ora submeto à deliberação dos Senhores Membros do Poder Legislativo da União.”⁶⁷

Esse fato se refletiu de forma marcante na Assembleia Nacional Constituinte. Primeiro um problema de ordem teórica: tratava-se de uma assembleia constituinte carente do poder constituinte originário. Canotilho,

⁶⁶ BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Moreira Alves, Ministro Presidente do Supremo Tribunal Federal, trecho do discurso na sessão de instalação da Constituinte, no dia 1.º de fevereiro de 1987. Atas de plenário, p. 5. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

⁶⁷ BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembléia Nacional Constituinte 1987/1988. Mensagem n. 48, 1985 – CN (n. 330/85, na origem). Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

explorando as teorias sobre o poder constituinte, comenta a obra de John Locke dizendo que “só o corpo político (*body politic*) reunido no povo tem autoridade política para estabelecer a constituição política da sociedade”⁶⁸ e, ainda no caminho das teorias fundamentais do constitucionalismo, observa que uma característica marcante da teoria do poder constituinte na teoria política de Sieyès é que este poder é, simultaneamente, “*desconstituente e reconstituente*”, porque se põe contra o “poder constituído pela monárquica”, que, uma vez abolido, abre uma possibilidade de reconstrução da ordem jurídico-política.

Assim, o poder constituinte é aquele que se destina a criar e consolidar em uma constituição as regras instauradoras da nova ordem social. E os “poderes conformados e regulados por essa constituição criada pelo poder constituinte (inclusive o poder de rever ou emendar a constituição – *poder de revisão*) seriam **poderes constituídos**”⁶⁹.

Outro problema, radicado no primeiro, entretanto mais próximo da questão política relativa às estratégias de manutenção dos grupos de poder no controle do processo de transição democrática, era a natureza congressual da Constituinte, que não fora eleita exclusivamente para elaboração da nova Constituição. Dela participaram os 487 deputados federais e 49 senadores eleitos pelo voto direto em 15 de novembro de 1986 – “e mais 23 dos 25 Senadores eleitos em 1982, num total de 559”⁷⁰ parlamentares que foram investidos “de poder constituinte pleno”⁷¹.

⁶⁸ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 7. ed., 3. reimpr. Coimbra: Almedina, 2003, p. 72.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 65-82.

⁷⁰ OLIVEIRA, Mauro Márcio. *Fontes de informações sobre a Assembleia Nacional Constituinte de 1987: quais são, onde buscá-las e como usá-las*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1993, p. 11.

⁷¹ BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Mensagem n. 48, 1985 – CN (n. 330/85, na origem). Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

Funcionando na sede do próprio Congresso Nacional, os trabalhos se desenvolveram em sessões unicamerais, sem a divisão própria do sistema bicameral.

Os reflexos de tal situação ofuscavam a nitidez da plena legitimidade da Constituição a ser elaborada por aquela Assembleia congressual. Esse é o problema que questiona se o poder da Constituinte congressual de 1987 era legítimo para representar vontade da população brasileira e, assim, desempenhar a função de reestruturar a nova ordem jurídico-política no conjunto normativo constitucional que hoje se nos apresenta.

Esse problema foi agravado pela participação de 23 senadores eleitos em 1982 e que, portanto, não participaram do pleito que elegeu os congressistas constituintes. A participação do Senado, órgão legislativo cuja natureza política é representar os Estados Membros da Federação e o Distrito Federal, já implicava, por si só, o problema da legitimidade, porque manifestava um compromisso da Constituinte com a forma federativa de organização do Estado⁷².

Contudo, esse problema foi agravado com a participação dos 23 senadores não eleitos em 1986, de forma que, logo após a instalação da Assembleia Nacional Constituinte, o problema foi levantado pelos deputados constituintes Plínio de Arruda Sampaio – PT (SP) e Roberto Freire – PCB (PE) como questão preliminar à eleição do Presidente. Ou seja, logo de início, os próprios constituintes questionaram a legitimidade da representação dos 23 senadores que não receberam mandato expresso para elaboração da Constituição, o que consistiria em afronta ao princípio da representatividade.

⁷² BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *Op. cit.*, p. 489.

Os debates giravam em torno da questão da legitimidade da própria ANC, que ficaria comprometida pela participação daqueles senadores. Do lado dos que advogavam contra a participação dos 23 senadores, o constituinte Roberto Freire argumenta do seguinte modo:

[...] julgamos que a Assembleia que ora se instaura, sob pena de legitimar-se, atropelando as normas jurídicas consagradas e as práticas democráticas reconhecidas enquanto tais nos Estados a que repugnam os mandatos e os votos ditos de qualidade, esta Assembleia não pode, pois, recusar-se à compulsória responsabilidade de excluir de seus trabalhos todos àqueles que não dispõem de mandatos oriundos do pleito de 15 de novembro de 1986 – pleito no qual os brasileiros, com prévia informação e resolução, elegeram representantes com a finalidade e o atributo de elaborar uma Carta Magna.

Assim sendo, a exclusão desta Assembleia dos Senadores eleitos em 1982 [...] significa um dever irrecusável que deriva da sua natureza e dos seus objetivos, que impõe a defesa da sua legitimidade jurídica e política. Tergiversar esta exclusão é mais do que ampliar arbitrariamente um direito de que esta Assembleia não é fonte original de poder, pois que reside no povo, sobretudo, constitui uma aberta e inequívoca violência à expressão da soberania popular.⁷³

Do outro lado, o constituinte Gastone Righi – PTB (SP) argumenta dizendo que o pleito dos opositores não passa de “cena feita para o público” e justificava o seu posicionamento favorável à participação dos senadores do seguinte modo:

Ocorre, Sr. Presidente, que esses senadores, quando foram eleitos, tinham poderes constituintes, tanto assim que, durante 4 anos, exerceram os seus mandatos nesta Casa e aqui votaram emendas à Constituição, reformando-a, e puderam, inclusive, votar a emenda que convocou a Constituinte, que foi chamada de Assembleia Nacional Constituinte.

Na realidade, não é um poder constituinte originário. Decorre da Constituição anterior, do Congresso anterior.

Isso tudo, na verdade é cena feita para o público, (Muito bem!) esta encenação não pode continuar! O Congresso que convocou esta Constituinte decidiu que todos os Membros da

⁷³ BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988, Atas de plenário, Roberto Freire, questão de ordem sobre participação de senadores eleitos em 1982 na Assembleia Nacional Constituinte, p. 9. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

Câmara dos Deputados e do Senado da República devem fazer parte da Constituinte⁷⁴.

A Presidência da Assembleia, naquele momento, exercida pelo Presidente do Supremo Tribunal Federal, Ministro Moreira Alves, decidiu favoravelmente à participação dos 23 senadores eleitos em 1982, com fundamento no art. 1.º da Emenda Constitucional n. 26, que determinava que seriam os membros da Câmara dos Deputados e do Senado Federal que se reuniriam em Assembleia Nacional Constituinte. O deputado constituinte Plínio de Arruda Sampaio recorreu da decisão ao Plenário com votação nominal dos Deputados e Senadores. A decisão da presidência foi mantida por 394 votos favoráveis e 124 contrários, com 17 abstenções, num de total 537 votos.

Dessa forma, passou-se à eleição do presidente, que foi disputada entre o deputado Ulysses Guimarães e Lysâneas Maciel. Saiu vitorioso o primeiro, com 425 votos em seu favor, contra 69 em favor do concorrente e 28 votos em branco. Instalada a Assembleia, eleito seu Presidente, o próximo passo foi a elaboração de um regimento interno que definisse a disciplina pela qual se desenvolveriam os trabalhos assembleares.

2.2 O perfil político e ideológico da ANC

Em seção anterior deste trabalho, observamos que as políticas sociais e econômicas desenvolvidas durante o regime militar tiveram como consequência social uma brutal concentração nos níveis de renda das

⁷⁴ BRASIL. Portal da Constituição Cidadã / 20 anos – 1988/2008. Anais da Assembléia Nacional Constituinte 1987/1988, Atas de plenário, Gastone Righi, questão de ordem sobre participação de senadores eleitos em 1982 na Assembléia Nacional Constituinte, p. 9. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em 01.nov. 2008.

classes mais altas⁷⁵. Em associação a esse quadro, Márcia Teixeira de Souza aponta que, em função do processo de modernização econômica do país, houve também uma grande diferenciação entre os vários grupos sociais formados e também que o caráter repressivo do regime não permitiu o desenvolvimento de uma estrutura política suficientemente capaz de representar as demandas desses segmentos, bem como de fazer a interface entre eles e o aparelho institucional-burocrático do Estado⁷⁶.

O reflexo dessa realidade foi o total distanciamento da grande massa da população brasileira do processo constituinte, que, apesar de permitir a participação popular em certa fase, se desenvolveu mais pelo impulso dos interesses particulares que pelas pressões e atuação política da coletividade.

Bonavides e Andrade apontam que, pela falta de um perfil ideológico definido, os partidos, com exceção das pequenas siglas como PT, o PCB e o PC do B, não mantinham coerência alguma com tendências sociais, temas ou programas políticos. Isso enfraqueceu a atuação partidária, permitindo que grupos com os mais diversos interesses articulassem, dentro da Constituinte, a formação de “vários agrupamentos partidários, apartidários, extrapartidários, suprapartidários” dispostos a votar em favor dos seus “interesses grupais ou regionais em detrimento do essencial”⁷⁷.

Os chamados *lobbies* de interesses abriram um espaço de movimentação dentro da ANC que lhes possibilitou dialogar e influenciar na formulação de propostas as quais foram encaminhadas para as votações e, não raras vezes, obtiveram o resultado de aprovação pela maioria. Uma realidade que refletiu o baixo nível de organização e as “deficiências de

⁷⁵ Ver item 1.2.

⁷⁶ O processo decisório na Constituição de 1988: práticas institucionais. *Lua Nova*, n. 58, p. 37-60. 2003, p. 39. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2009.

⁷⁷ *Op. cit.*, p. 472-475.

formação e de prática política” da sociedade brasileira naquele momento histórico⁷⁸.

Com o propósito de identificar as tendências majoritárias que influiriam nesta ou naquela tomada de decisão e que orientariam as estratégias políticas durante o processo de elaboração da Constituição, vários pesquisadores se dedicaram a colher e tabular comparativamente as características dos membros da Constituinte. Com suporte em opiniões, publicações oficiais, entrevistas e questionários, buscava-se construir instrumentos estatísticos hábeis para prever como se daria a relação de forças políticas dentro da ANC e qual o perfil ideológico se expressaria de forma mais marcante na futura Constituição.

Um trabalho minucioso de análise dos padrões político, social, econômico, ideológico, profissional etc. dos membros da Constituinte serviu para orientar a parte da sociedade brasileira que acompanhava atenta o desenrolar do processo constituinte. Foram também essas pesquisas que orientaram tanto a atuação dos poderosos *lobbies*, como a dos movimentos sociais que desenvolveram suas estratégias em função das tendências ideológicas ou outras características quaisquer dos grupos constituintes que desejavam pressionar.

⁷⁸ Eleutério Rodriguez Neto, num exemplar exercício de maturidade intelectual, política e social, ao analisar a etapa do processo constituinte em que foram apresentadas as Emendas Populares, observou o grau de imaturidade da articulação política e social do Movimento Sanitarista, o qual já vinha militando em prol da Reforma Sanitária desde 1976. As Emendas Populares, para serem admitidas e defendidas por um defensor indicado pela entidade patrocinadora perante a Comissão de Sistematização, necessitavam ser apoiadas pelas assinaturas de, pelo menos, trinta mil eleitores. Para alcançar esse número de assinaturas foi necessário reunir a “Plenária” da saúde, o que permitiu o diálogo do Movimento Sanitarista, até então bastante corporativo, com outros atores dos movimentos populares de saúde. “Isso evidenciou ainda mais a necessidade de o movimento da Saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados especialmente os que estão fora das academias e das corporações. [...] Significa que, certas as teses, sua conquista só se dará por sua adequada compreensão social, o que, por sua vez, só pode ser conseguido mediante um efetivo compromisso com as lutas de base, de subsistência, de forma que a Saúde se transforme de meio em fim.”. Simultaneamente à emenda encaminhada pela plenária da Saúde, outras quatro de conteúdos complementares também foram apresentadas. Então, o autor observa a evidente falta de articulação política e social que não permitiu que as propostas fossem integradas em uma única Emenda, a qual certamente seria apoiada por um número cinco vezes maior de eleitores, gozando de maior representatividade.

Esse é o caso da pesquisa a seguir, feita a partir de dados colhidos pelo autor em jornais, boletins informativos e pessoalmente junto aos constituintes. O levantamento teve como finalidade balizar os integrantes do Movimento Sanitarista quanto ao perfil profissional e ideológico dos membros da Assembleia Nacional Constituinte. Feita a partir da análise do conjunto dos 559 constituintes, deputados e senadores – inclusive os 23 senadores eleitos em 1982, a pesquisa toma como parâmetros a ocupação/profissão principal declarada ou conhecida do constituinte e seu posicionamento ideológico em função da classificação: direita, centro, centro-esquerda e esquerda⁷⁹.

O resultado revela o maior número de deputados nas posições centro – 210 – e direita – 200; e o menor número deles na posição ideológica da esquerda – 52 constituintes, que, somados aos 97 da posição centro-esquerda, perfazem aproximadamente um quarto do total, a minoria da ANC. Outro dado importante abstraído da pesquisa é que o grupo dos constituintes cuja ocupação principal foi denominada “médico e outra da saúde” é uma proporção de 10%, mantendo-se a mesma relação no parâmetro posição ideológica. Entretanto, o próprio autor observa que, apesar de parecer um alto percentual em relação ao total, em uma coleta de depoimentos pode-se observar que somente 12 desses constituintes tinham a questão da saúde como uma de suas principais bandeiras em suas histórias políticas⁸⁰.

⁷⁹ Quanto à classificação das tendências políticas em esquerda e direita, seguiremos, neste trabalho, a orientação de Leôncio Martins Rodrigues, quando observa que “Essa classificação ideológica é predominante entre os cientistas políticos brasileiros e estrangeiros e corresponde àquela veiculada pelos meios de comunicação. Não interessa aqui discutir o significado ‘intrínseco’ e a correção ‘científica’ dessa classificação. Para os fins desse trabalho, limito-me a acompanhar as avaliações expressas pela maior parte dos especialistas, meios de comunicação e pelos eleitores mais informados.” Cf. Partidos, ideologia e composição social. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 17, n. 48, fev./2002, p. 32.

⁸⁰ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 58.

Tabela 1 - Perfil profissional e ideológico da Constituinte

Ocupação	Direita	Centro	Centro-esquerda	Esquerda	Total
Advogado	51	81	45	12	189
Empresário	63	34	02	-	99
Engenheiro	25	25	10	05	65
Médico e outra da saúde	20	21	10	07	58
Jornalista	10	15	12	06	43
Economista	10	19	04	03	36
Sindicalista	-	-	02	10	12
Outras	21	15	12	09	57
Total	200	210	97	52	559

Fonte: RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 58.

Para efeitos deste trabalho, essas pesquisas importam na medida em que permitem identificar a posição de grupos de constituintes em relação a temas que se refletem de maneira fundamental na questão da saúde.

Nesse sentido, refere-se especificamente às diretrizes traçadas pela 8.^a Conferência Nacional de Saúde: a) subordinação do setor privado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e proibição de destinação de recursos públicos ao setor privado, com viés de estatização progressiva de todo o sistema de saúde; e b) proibição de participação do capital estrangeiro nas ações de saúde.

A escolha dessas diretrizes entre todas do conjunto deve-se ao fato de ambas serem de caráter mais geral e, portanto, capazes de sinalizar mais claramente a tendência ideológica de esquerda do conjunto de princípios da 8.^a Conferência Nacional de Saúde e, conseqüentemente, da proposta de Reforma Sanitária preparada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Para esse fim, tomamos como referência a “análise sociopolítica dos partidos e deputados” feita por Leôncio Martins Rodrigues, que, em uma de suas abordagens, busca uma classificação das tendências políticas dos deputados eleitos

em 1986⁸¹ em função de uma escala que vai da esquerda radical para a direita radical.

A importância dessa pesquisa está, primeiro, no fato de a coleta de dados ter sido feita por meio de um questionário preenchido pelo próprio deputado ou pelo entrevistador, ou seja, trata-se de autodefinição política, não de uma classificação feita por terceiros. Em segundo lugar, a investigação quanto à localização do deputado no “espaço político e ideológico” foi conduzida pelo questionamento direto de três temas que, pelo caráter principiológico, são o fundamento das articulações políticas e dos conflitos ideológicos que se desenrolam no processo de elaboração da Constituição.⁸²

Os três temas apresentados aos deputados no questionário “dizem respeito muito diretamente ao modelo de sociedade e de sistema econômico que se deseja” e, no que tange ao sistema de saúde a ser definido pela nova Constituição, são pertinentes dois deles: o primeiro diz respeito “i) à economia de mercado e à intervenção estatal na economia”, que reflete o conflito entre a manutenção do perfil privatista das ações médico-assistenciais e a proposta de subordinação do setor privado ao SUS, com a proibição de destinação de recursos públicos ao setor privado e com viés de estatização progressiva de todo o sistema de saúde. O segundo diz respeito “ii) ao papel do capital estrangeiro no Brasil”, relacionado à proibição de participação do capital estrangeiro nas ações de saúde. Ambos os temas

⁸¹ Na pesquisa a que nos referimos, o autor esclarece que o objetivo foi obter informações sobre a classe política dos deputados federais eleitos em 1986, momento em que houve uma esmagadora vitória do PMDB, associada a uma ampla renovação do conjunto de deputados no Congresso Nacional. Desse modo, a classe dos senadores foi excluída, porque dos 72 senadores que compunham o Senado Federal, 23 foram eleitos em 1982. Esse fato, aliado ao pequeno número dos senadores comparativamente ao de deputados, acarretaria distorções nas pesquisas, inviabilizando a obtenção de resultados objetivos. Cf. nota 1, Notas da pesquisa, In: RODRIGUES, Leôncio Martins. *Quem é quem na constituinte: uma análise sociopolítica dos partidos e deputados*. São Paulo: Oesp-Maltese, 1987, p. 21.

⁸² O questionário apresentado aos deputados refere-se aos seguintes temas: “i) à economia de mercado e à intervenção estatal na economia; ii) ao papel do capital estrangeiro no Brasil; iii) à reforma agrária”. (Ibid., p. 106-107).

“considerados centrais como definidores dos novos rumos da política nacional de Saúde, da Reforma Sanitária e que, portanto, acreditava-se, deveriam estar assegurados constitucionalmente”.⁸³

Dentro do parâmetro “preferência por tipo de sistema econômico”, o resultado da pesquisa demonstrou que 40%, um maior percentual dos deputados, são “favoráveis a um mínimo de intervencionismo do Estado” na economia (liberais), sendo que somente 6% declararam-se “favoráveis à eliminação do capital privado e à estatização dos principais meios de produção” (socialistas extremados).

O conjunto dos deputados “favoráveis a um predomínio do Estado, sem eliminação da economia de mercado” (socialistas moderados) representa 15%, e os 39% restantes são aqueles “favoráveis a um equilíbrio entre a participação do Estado e da iniciativa privada” (social-democratas) que, somados aos liberais, representam a esmagadora maioria dos deputados constituintes. Isso denota uma forte tendência de centro-direita do conjunto dos deputados constituintes.

Ao comparar os partidos, constata-se que os liberais concentram-se no PL/PDC – 80%, PDS – 78% E PFL – 62%, ao passo que os socialistas extremados concentram-se no grupo dos partidos menores PT/PCs/PSB – 63%.

Quanto ao PMDB, a maior bancada – com 257 deputados e 52,9% do total –, a frequência modal, 49%, caiu no grupo dos social-democratas. Entretanto, apresenta um grupo de 19% dos seus membros entre os socialistas moderados, e 3% entre os socialistas extremados, que, somados, resultam em um percentual equivalente aos 29% liberais que se colocam em posição diametralmente oposta. Esse perfil faz do PMDB o partido mais

⁸³ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 54.

dividido quanto à preferência pelo modelo econômico e ao intervencionismo estatal, apesar de apresentar a maioria, 78%, favorável a uma participação maior do setor privado na economia, com tendência de centro-direita.

Nesse sentido, o PDT ocupa uma posição intermediária entre o grupo PT/PCs/PSB e o PMDB, com 72% da bancada entre os socialistas moderados – 36% – e os social-democratas – 36%. Porém, se a esse grupo forem somados os 19% de socialistas extremados, o conjunto representará maioria frente aos 9% liberais, mostrando-se também um partido dividido, entretanto com uma tendência de centro-esquerda.

Tabela 2 – Preferência por tipo de sistema econômico (por partido)

	Total	PMDB	PFL	PDS	PDT	PTB	PT/PCs/PSB	PL/PDC
	%	%	%	%	%	%	%	%
Liberais	40	29	62	78	9	50	-	80
Social-democratas	39	49	32	19	36	50	5	20
Socialistas moderados	15	19	6	3	36	-	32	-
Socialistas extremados	6	3	-	-	19	-	63	-
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total de respostas	435	233	101	31	22	16	22	10

Fonte: RODRIGUES, Leôncio Martins. *Op. cit.*, p. 109.

Dentro do parâmetro “avaliação do papel do capital estrangeiro”, a frequência modal, 62%, recai sobre o grupo que tem aceitação da participação do capital estrangeiro, entretanto com restrição àqueles setores em que o capital nacional, privado ou estatal, não pode atuar.

Comparativamente ao parâmetro anterior, “preferência por tipo de sistema econômico”, em que 79% são favoráveis à atuação do capital privado na economia com mínimo de intervenção estatal ou uma atuação equilibrada

entre ambos, vê-se uma tendência de se impor restrição de liberdade de atuação ao capital privado quando se tratar do capital internacional. Mais à frente, observaremos que essa característica se manifesta na restrição da participação do capital estrangeiro nas ações de saúde, entretanto, é preservada a forte participação do capital privado nacional no sistema.

Ainda na mesma comparação, verifica-se que o percentual de 23% daqueles que oferecem “total rejeição do capital estrangeiro” é equivalente aos 21% que formam o conjunto da soma daqueles deputados “favoráveis a um predomínio do Estado mas sem eliminação da economia de mercado” mais os “favoráveis à eliminação do capital privado e à estatização dos principais meios de produção”. Essa equivalência percentual de ambos os parâmetros recai sobre o mesmo grupo de pequenos partidos, PT, PC do B e PCB, no qual 88% dos deputados são absolutamente contrários ao capital estrangeiro.

Quanto ao PMDB, um quarto da sua bancada mostrou-se totalmente contrária ao capital estrangeiro: 25% dos constituintes. Esse grupo opõe-se aos 8% que têm uma “ampla aceitação do capital estrangeiro”. A frequência modal, 67%, caiu no conjunto daqueles que se disseram favoráveis ao “capital estrangeiro só em alguns setores”, fazendo do maior partido da ANC, também no parâmetro “avaliação do papel do capital estrangeiro”, um partido dividido. Entretanto, nesse parâmetro, de forma diferente, o PMDB se mostra com uma tendência ideológica de centro-esquerda.

Os maiores percentuais de respostas favoráveis a uma “ampla aceitação do capital estrangeiro” recaíram no PTB (38%), PDS (35%) e PFL (25%). É interessante observar que, dentro do parâmetro “preferência por tipo de sistema econômico”, esses partidos apresentam, respectivamente, as seguintes proporções: 50%, 78% e 62%, o que reflete seu posicionamento sempre à direita. Entretanto, demonstra também que os liberais são contrários ao intervencionismo estatal sobre o capital nacional, mas, no que

se refere à atuação do capital estrangeiro, prevalece um forte protecionismo nacionalista.

Tabela 3 – Avaliação do papel do capital estrangeiro (por partido)

	Total	PMDB	PFL	PDS	PDT	PTB	PT/PCs/PSB	PL/PDC
	%	%	%	%	%	%	%	%
“Ampla aceitação do capital estrangeiro”	15	8	26	35	4	38	-	20
“Capital estrangeiro só em alguns setores”	62	67	67	62	50	56	12	80
“Total rejeição do capital estrangeiro”	23	25	7	3	46	6	88	-
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Total de respostas	428	231	95	29	24	16	23	10

Fonte: RODRIGUES, Leôncio Martins. *Op. cit.*, p. 111.

2.3 O Regimento Interno da Assembléia Nacional Constituinte

Iniciados os trabalhos da Constituinte, o primeiro grande desafio foi estabelecer as regras que definiriam o método de decisão e de escolha dos temas a serem inseridos na Constituição⁸⁴. A primeira tentativa de solução do problema foi adotar o modelo baseado no Regimento utilizado na Constituinte de 1945, criando-se uma grande comissão – cuja composição prevista era de 80 constituintes –, a qual ficaria incumbida de elaborar um anteprojeto a ser discutido pelo plenário⁸⁵. O inconveniente da proposta era a segregação dos demais constituintes que não participariam da grande comissão, além de a ANC passar para a população uma imagem de ociosidade e falta de

⁸⁴ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op. cit.*, p. 38.

⁸⁵ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *Op. cit.*, p. 455.

comprometimento com a elaboração da nova Constituição, tendo abalada a soberania do órgão.

A proposta não vingou em virtude das múltiplas “pressões exercidas pelas demandas desagregadas” que nasciam na sociedade civil organizada e se refletiam na força política dos parlamentares, os quais exigiam uma participação paritária na tomada de decisões e na elaboração do texto da nova Constituição. Esse ambiente de grandes conflitos ideológicos e disputa política é natural durante o processo de redefinição de regras gerais de um novo ordenamento do poder, na reorganização do conjunto de valores e princípios que balizarão as ações do governo e as funções do Estado, que compete à Assembleia Constituinte⁸⁶.

O conflito residia, dessa forma, em estabelecer uma referência inicial, um modelo que servisse de parâmetro para definir os temas e com que profundidade deveriam ser tratados no texto da Constituição. Essa dificuldade originava-se primeiro no fato de não haver um conjunto sistematizado de registros históricos e documentais sobre os processos de confecção de cartas constitucionais anteriores; depois, pela natureza congressual da Assembleia Constituinte. Porque não havia sido eleita exclusivamente para elaboração da Constituição, o processo eleitoral de 1986 não promoveu o necessário debate dos temas constitucionais com a sociedade brasileira⁸⁷.

Diante da exigência de todos os parlamentares participarem de forma paritária no processo decisório e da urgência em definir-se o Regimento da ANC, a solução encontrada foi elaborar um projeto provisório baseado no regimento da Constituinte de 1945.

⁸⁶ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op. cit.*, p. 40.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 42.

Submetido ao plenário, o projeto foi amplamente discutido por todos os constituintes. As 960 emendas apresentadas dão uma ideia do tamanho das controvérsias e da forte disputa política que envolvia a definição do Regimento. Apesar disso, a participação de todos os constituintes foi garantida de maneira ampla e intensa, de forma que cinco das emendas apresentadas – emendas 1, 2, 3, 4 e 5 – eram substitutivos integrais ao projeto. Para o Título II, que trata da direção dos trabalhos, as emendas foram cento e doze. Para o Título III, relativo à elaboração da Constituição, foram apresentadas setecentas e trinta e duas emendas; e, ainda, cento e quarenta e oito emendas aditivas, classificadas como “inclua-se onde couber”⁸⁸.

Para garantir a “participação de todos os Constituintes, dos Partidos, por suas lideranças e da sociedade civil”⁸⁹ no processo de elaboração do projeto de Constituição, o regimento aprovado contemplava a criação de oito comissões responsáveis pela elaboração do projeto de Constituição, cada qual ocupada de determinado tema constitucional. Além dessas, foi criada uma Comissão de Sistematização, incumbida de adequar os trabalhos resultantes das “comissões temáticas”, harmonizando as decisões conflitantes em um projeto de texto constitucional⁹⁰. Cada uma das comissões temáticas era composta por 63 membros titulares e igual número de suplentes e, para permitir uma discussão mais aprofundada do seus temas, foram subdivididas em três subcomissões. Cada subcomissão, por sua vez, era formada por 21 membros, aos quais coube discutir temas correlatos⁹¹.

⁸⁸ BRASIL. Parecer do Relator, Senador Fernando Henrique Cardoso, sobre o Projeto de Resolução n. 2, de 1987, que dispõe sobre o regimento interno da Assembleia Nacional Constituinte, com emendas de plenário. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988, Atas de plenário, p. 459. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

⁸⁹ *Ibid.* p.. 459.

⁹⁰ *Ibid.* p.. 459.

⁹¹ Cf. Título IV – Da Elaboração da Constituição, do Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Regimento Interno da

Além de participar no processo como membro de determinada comissão ou subcomissão, havia ainda a possibilidade de todo constituinte participar dos debates de qualquer outra comissão, mesmo que dela não fizesse parte, sendo-lhe restrito o direito de voto àquela em que era membro ou participava como suplente, ou à Comissão de Sistematização, quando a integrasse⁹². Ressalvado, ainda, o direito de sustentar os motivos e justificações de suas emendas no plenário da Assembleia Nacional Constituinte.

As subcomissões funcionaram como um canal de participação política da sociedade civil, recebendo reivindicações e propostas de conteúdo constitucional para a elaboração do projeto de Constituição. O art. 13, § 11, facultava às Assembleias Legislativas, Câmaras de Municipal e aos Tribunais, além das entidades representativas de segmentos da sociedade, a apresentação de sugestões contendo matéria constitucional. Também nas subcomissões foram realizadas audiências públicas para ouvir as propostas e sugestões para o projeto e debatê-los com representantes da sociedade civil, dirigentes institucionais e outras lideranças. O art. 14 do Regimento determinava a destinação de “5 (cinco) a 8 (oito) reuniões para audiência de entidades representativas de segmentos da sociedade, devendo, ainda, durante o prazo destinado aos seus trabalhos, receber as sugestões encaminhadas à Mesa ou à Comissão”.

Para consolidar o trabalho dessas comissões, estabeleceu-se uma nona comissão centralizadora – Comissão de Sistematização –, cuja função era coordenar e condensar os textos recebidos das comissões temáticas, e, função do relator, sistematizar um primeiro anteprojeto, o qual seria

Assembleia Nacional Constituinte – Resolução n. 2 – 1987. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/copy_of_regimento-interno-da-assembleia-nacional>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

⁹² Cf. art. 14, § 1.º do Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte.

submetido ao plenário⁹³. Na forma em que foi aprovado, o regimento interno garantiu uma ampla participação dos constituintes e abriu, por intermédio das subcomissões, um canal de comunicação com a sociedade⁹⁴.

O fato de a Constituinte ter iniciado seus trabalhos sem nenhum marco institucional anterior, criando a partir do conflito e das negociações políticas o próprio conjunto de regras e precondições pelas quais foi produzido o texto constitucional, implicou diretamente a questão da legitimidade da própria Constituição⁹⁵. Como não fora eleita exclusivamente para a elaboração da nova Constituição, a Constituinte congressual não enfeixava em si toda a legitimidade do poder originário e incondicionado que expressa a absoluta soberania e carecia, portanto, de legitimidade para exercer tal função.

O argumento é que a falta de um projeto preconcebido⁹⁶ garantiu a autonomia do poder constituinte em face do poder constituído, que, no caso em questão, não ocorreu por circunstâncias de ruptura institucional, mas como decorrência de um processo de transição institucional negociada⁹⁷. Essa autonomia, aliada à permeabilidade do processo constituinte à participação da sociedade civil na defesa de seus interesses e

⁹³ Cf. Regimento Interno da ANC: Sessão II - Da Elaboração do Projeto de Constituição, Capítulo I - Das Comissões Constitucionais, Título IV: Da Elaboração da Constituição. In: BRASIL. *Op. cit.*, p. 874-875.

⁹⁴ V. Anexo 1.

⁹⁵ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *Op. cit.*, p. 489-492.

⁹⁶ Cf. OLIVEIRA, Mauro Márcio. *Op. cit.*, p. 12. Apesar de terem sido apresentados vários anteprojetos de Constituição como o da Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, Decreto n. 91.450/85, que não foi enviado pelo Executivo para a ANC, e o de Fábio Konder Comparato, o de Henry Macksoud, entre outros, não foi utilizado nenhum texto-base preliminar pela Assembleia Nacional Constituinte.

⁹⁷ Sobre a questão, v. parecer do Relator, Senador Fernando Henrique Cardoso, sobre o Projeto de Resolução n. 2, de 1987, que dispõe sobre o regimento interno da Assembleia Nacional Constituinte, com emendas de plenário.

reivindicações⁹⁸, garantiu à Constituinte congressual a legitimidade de que carecia no momento inicial.⁹⁹

⁹⁸ O art. 14 do Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte determina que as comissões e subcomissões sempre ouvirão as entidades representativas da sociedade civil, às quais é facultada a apresentação de sugestões de matéria constitucional, que serão remetidas pela mesa às comissões respectivas.

⁹⁹ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *Op. cit.*, p. 489-492.

3 A SAÚDE E O PROCESSO CONSTITUINTE

3.1 A Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente

As subcomissões representaram a primeira fase do processo de redação do Projeto de Constituição. Nesse sentido, a função da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente foi estabelecer contato com a sociedade para receber propostas, ouvir e debater temas com entidades representativas de segmentos sociais, lideranças e dirigentes institucionais. Desse trabalho, o relator elaborou seu relatório e o anteprojeto, o qual foi discutido e emendado, sendo as emendas e o anteprojeto submetidos à votação, do que o resultou o anteprojeto apresentado para a Comissão da Ordem Social.

Composta por vinte e um Constituintes e vinte e um suplentes, a subcomissão foi presidida pelo deputado José Elias Murad. Eleito pelo PTB de Minas Gerais, médico, farmacêutico e bioquímico, desenvolveu sua carreira política sobre a plataforma da luta contra as drogas e da nacionalização da indústria farmacêutica, portanto, era favorável à restrição de atuação do capital estrangeiro na economia nacional. Considerou-se como de esquerda moderada e defendeu uma relação de equilíbrio entre a participação da iniciativa privada e a do Estado na economia¹⁰⁰.

O relator foi o deputado Carlos Mosconi, do PMDB, também de Minas Gerais, ex-presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ex-secretário da Saúde do Distrito Federal, médico, ligado ao Movimento Sanitarista¹⁰¹, portanto, vinculado ideologicamente com as

¹⁰⁰ RODRIGUES, Leôncio Martins. *Op. cit.*, p. 276.

¹⁰¹ RODRIGUEZ NETO. *Op. cit.*, p. 59.

diretrizes da 8.^a Conferência Nacional de Saúde. Dessa forma, posicionava-se favoravelmente a uma forte intervenção do Estado na economia, mas sem eliminação da economia de mercado. Era favorável à participação do capital estrangeiro somente nas áreas em que o capital nacional não tivesse condições de operar. Classificou-se com uma tendência ideológica de centro-esquerda¹⁰².

Rodriguez Neto observa que, em uma análise do perfil da atuação política dos componentes da subcomissão, feita por meio da aplicação de um questionário durante os trabalhos e respondido por vinte e cinco constituintes¹⁰³, entre membros titulares e suplentes observou-se que a maioria dos deputados não estava diretamente ligada à questão da saúde e a tinha como tema de importância secundária. Por isso, não haviam escolhido a Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente como primeira opção. Também não conheciam com profundidade as propostas da 8.^a Conferência Nacional de Saúde. Apesar de a maioria ter respondido que sim, seu primeiro contato com as propostas foi exatamente nas audiências públicas ocorridas durante os trabalhos da própria subcomissão.

Em virtude do perfil de atuação política da maioria dos componentes, a subcomissão iniciou seus trabalhos sem uma proposta definida de conteúdo para o tema da saúde a ser incluído no anteprojeto de Constituição. De acordo com o regimento interno, a subcomissão deveria destinar oito das suas sessões para as audiências públicas nas quais seriam ouvidas as entidades representativas da sociedade civil organizada. No caso da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, das oito audiências públicas, quatro foram reservadas para o tema da saúde.

Na primeira audiência pública foram ouvidas as entidades estatais; a segunda audiência foi destinada aos representantes das entidades

¹⁰² RODRIGUES, Leôncio Martins. *Op. cit.*, p. 271.

¹⁰³ Ver anexo 2.

privadas; na terceira, falaram os representantes das entidades sindicais e de representação dos trabalhadores em geral e, especificamente, daqueles da área da saúde. Na quarta audiência foram ouvidas as entidades ligadas ao desenvolvimento científico e ético do setor da saúde, concluindo-se um conjunto de palestras e audiências nas quais as principais autoridades e entidades puderam expor suas posições e argumentos, compondo o que o Constituinte Eduardo Jorge chamou de um “painel, amplo e democrático”, que “ofereceu aos Srs. Constituintes um grande leque de ações, oportunidades em que S. Ex.^a puderam posicionar-se em face do setor da saúde.”¹⁰⁴

As propostas de conteúdo de saúde para o texto constitucional concentraram-se em três grandes grupos:

[...] [i] as derivadas e orgânicas com a 8.^a Conferência, apresentadas pela CNRS, pelo Conass [Conselho Nacional de Secretarias de Saúde] e por entidades sindicais, associações profissionais, conselhos federais, Abrasco, Cebes, entre outras;

[ii] aquelas em defesa da prática liberal e da iniciativa privada, representadas pela AMB [Associação Médica Brasileira], FBH [Federação Brasileira de Hospitais], cooperativas médicas, entre outras;

[iii] as institucionais, especialmente representadas pelas posições dos ministros da Saúde e da Previdência Social, cada qual na defesa da preservação e valorização corporativa da sua pasta.¹⁰⁵

A discussão do tema da saúde começou com proposta do deputado Eduardo Jorge de que se tomasse o relatório final da 8.^a Conferência “como um pré-roteiro de discussão nessa área”¹⁰⁶, e já na terceira reunião o mesmo

¹⁰⁴ Cf. Fala do Constituinte Eduardo Jorge na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões - Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 129. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹⁰⁵ RODRIGUEZ NETO. *Op. cit.*, p. 61.

¹⁰⁶ Cf. Fala do Constituinte Eduardo Jorge na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. *Op.cit.*, p. 5.

deputado apresentou a proposta da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS)¹⁰⁷ como um ponto de partida das discussões.

As audiências públicas específicas do tema da saúde começaram, e os membros da CNRS ouvidos apresentaram os principais pontos da proposta. Justificaram que a comissão era fruto dos trabalhos desenvolvidos na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, da qual participaram a maior parte das entidades representativas do setor. Por meio de seus representantes na CNRS, essas entidades debateram exaustivamente todos os pontos contidos na proposta, que se apresentava concisa no seu texto, entretanto complexa no seu conteúdo. Salientaram que o texto fora preparado para orientar os constituintes quanto aos aspectos da questão da saúde que mereciam estar protegidos pelo texto da nova Constituição.

O primeiro membro da CNRS a ser ouvido foi o Laércio Moreira Valença, Secretário de Saúde do Distrito Federal e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Conass), seguido por José Alberto Hermógenes de Souza e Arlindo Fábio Gomes de Souza. Suas exposições objetivaram justificar que o principal interesse discutido naquela proposta era o do indivíduo e o da coletividade, em torno dos quais toda a discussão deveria versar, sendo a saúde, portanto, questão de interesse social e também “um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção”¹⁰⁸.

As exposições tiveram uma função didática para os membros da subcomissão, porque buscaram mostrar um quadro geral do setor da saúde no país. Primeiro, foi apontada a questão da insuficiência de recursos, esclarecendo-se que, se somadas as destinações orçamentárias para o setor da saúde das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), o

¹⁰⁷ Cf. Anexo 3, doc. 3.

¹⁰⁸ Cf. art. 1.^o da proposta aprovada pela CNRS em 3 de março de 1987 – Anexo 3, doc. 3.

montante não chegaria a 4% do PIB, enquanto em outros países esse percentual era de 8%, 9% e até 10% do PIB, motivo que justificou o art. 6.º da proposta, o qual se referia às fontes de financiamento com destinação específica para a saúde; e seu parágrafo único, que fixava em 12% o volume mínimo de recursos que cada ente federativo deveria destinar da sua receita tributária para o setor da saúde: “O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá a doze por cento das respectivas receitas tributárias”¹⁰⁹.

Associados à questão do financiamento, outros dois pontos foram também debatidos: o primeiro versava sobre a extrema pulverização dos recursos provocada pela multiplicidade de órgãos que operavam de forma desordenada e muitas vezes em sobreposição de funções; o segundo, sobre a aplicação inadequada dos poucos recursos disponíveis, o que resultava nos baixos níveis de eficiência do serviço prestado. Nesse ponto, a proposta era a de integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada nível de governo; integralidade e unidade operacional; descentralização político-administrativa da responsabilidade de prestação de serviços de saúde para as esferas de governo local e regional e, ainda, a participação comunitária na formulação e controle das políticas de saúde em todos os níveis do sistema.

Outra perspectiva da necessidade de reestruturação do sistema nacional de saúde foi apresentada pelo Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida, que começou a sua apresentação enfatizando que a nova Constituição deveria reorientar a política previdenciária para o campo da seguridade social, visto que esta “é um conceito mais amplo, de

¹⁰⁹ Cf. Fala do Constituinte Geraldo Alckmin na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões - Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 129. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

conteúdo social mais extenso [...] mais ajustada às necessidades e deveres da seguridade social do País”¹¹⁰.

Em complementação, o Ministro declarou que tal conceito de seguridade social era um “risco de cobertura coletiva e não de caráter contratual e individual”, um novo conceito de seguridade que se fundamenta no fato de que o financiamento do sistema se faz, de forma direta ou indireta, pela sociedade como um todo, independentemente de vínculo individual ou formal com o sistema previdenciário. Não se trata de um direito que decorre de uma relação contratual, mas, sim, de um seguro coletivo, de caráter mais abrangente, e, nesse sentido, a seguridade social deve ter cobertura universal, ou seja, sem nenhum tipo de distinção em função da natureza da relação de trabalho, oferecendo atendimento e cobertura a todos os cidadãos indistintamente.

O Ministro defendia que a Constituinte deveria promover uma reorganização da forma de prestação dos serviços de assistência médica¹¹¹ e que essa reorganização deveria estar dentro de uma perspectiva de reorientação da estrutura previdenciária segundo aquele conceito mais amplo de seguridade social, conceito que engloba, inclusive, as ações e serviços públicos de saúde. Defendeu, também, que essa reorganização fosse feita com base nas diretrizes da 8.ª Conferência Nacional de Saúde¹¹², entretanto, não propôs a desvinculação entre o sistema de saúde e o sistema previdenciário pela segregação de funções entre o Ministério da Previdência

¹¹⁰ Cf. Audiência pública com o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões - Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 71. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituinte>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹¹¹ Cf. Audiência pública com o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões - Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 72. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituinte>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹¹² *Ibid.*, p. 79.

e Assistência Social e o Ministério da Saúde. Manteve o conceito da vinculação da assistência médica e assistência hospitalar à estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social pela via do financiamento da seguridade social.

O ponto central da argumentação foi que a Previdência deveria atuar como caixa único de financiamento do sistema de seguridade social. Por consequência, do sistema de saúde também. A justificativa era de que a dispersão dos gastos nos três níveis de poder constituía um dos principais obstáculos ao sucesso de um processo de integração do sistema de saúde e que a via da unificação orçamentária do sistema nacional de saúde era o caminho mais certo para tal fim.

O Ministro observou, ainda, que, dentro do conceito clássico de Federação “em que as competências sejam [sic] estanquamente definidas”, a previsão constitucional de integração das ações e serviços públicos de saúde no plano federal, no plano estadual e no plano municipal conflitaria com a natureza autônoma de cada um desses entes públicos.

Dessa forma, o desafio da Constituinte seria estruturar uma relação muito mais integrativa do que unificadora das três esferas de governo: um sistema cooperativo entre os governos federal, estadual e municipal que se manifestaria de forma mais concreta na exigibilidade constitucional, de que cada um dos entes públicos destinasse um percentual predeterminado de sua receita tributária para a composição de um fundo orçamentário da saúde e, no que se refere ao planejamento e à forma de execução das ações e serviços, fossem respeitadas “as características, as autonomias e liberdades de cada ente público envolvido na operação”¹¹³.

¹¹³ Cf. Audiência pública com o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões - Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 72. Disponível em:

O conceito de “plano nacional de saúde” defendido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social era o de implantar na Constituição um sistema de participação compulsória de todas as entidades federativas na formação de um “orçamento unificado” nacional para a saúde.

A ideia era promover um aumento significativo no volume de verbas destinadas ao financiamento do setor da saúde sem que se mantivesse a atual situação de financiamento exclusivo da Previdência Social. Para isso, haveria a necessidade de fixar, para os gastos com saúde, um percentual mínimo de destinação de verbas do orçamento tanto dos Estados quanto dos municípios. No conjunto, essas verbas públicas deveriam compor um fundo federal de saúde que não substituiria os recursos previdenciários, mas que a eles se somariam, promovendo um aumento significativo no volume das verbas destinadas aos gastos com saúde.

Nesse projeto, a Previdência seria a entidade gestora desse fundo e operaria como um caixa único do sistema de saúde. A unificação do sistema dar-se-ia pela perspectiva orçamentária, pela concentração, em um único caixa, dos recursos das três esferas de poder.

Para o Ministro da Previdência e Assistência Social, somente um plano nacional de saúde e um orçamento de saúde nacional seriam capazes de promover não uma unificação, mas uma integração das diversas redes públicas existentes, inclusive dos prestadores de serviços privados, em um sistema de saúde. Um sistema cuja gestão seria feita de forma descentralizada no nível de cada esfera de governo, mas com o custeio centralizado no caixa único da Previdência¹¹⁴.

<www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹¹⁴ Cf. Audiência pública com o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: *Op.cit.*, p.86.

A despeito da proposta apresentada respeitar muitos pontos tidos como estruturais para a Reforma Sanitária, no que se refere à centralização do financiamento do sistema no caixa da Previdência ela contradiz uma diretriz fundamental que é a “desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias”¹¹⁵

Também diverge claramente da proposta de unificação do Sistema Nacional de Saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada com descentralização para os Estados e municípios do planejamento, controle da execução e financiamento das ações de proteção, promoção e recuperação da saúde.

Especificamente na questão do financiamento, a proposta de Reforma Sanitária discutida na 8.^a Conferência Nacional de Saúde era de que cada esfera de governo constituísse o seu próprio fundo de saúde para financiar as ações que executaria em seu âmbito de atuação e, ainda assim, receberiam verbas repassadas pelo fundo nacional de saúde. Dessa forma, “o fundo nacional de saúde deve operar com recursos da Previdência, da União, do Ministério da saúde etc., o estadual com recursos oriundos do fundo nacional mais os recursos do tesouro, municipais, correspondentemente.”¹¹⁶

Em audiência pública na mesma subcomissão, o representante da Abrasco, também membro da CNRS e membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da UnB, condenou veementemente a proposta de

¹¹⁵ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 55.

¹¹⁶ Cf. Audiência pública com o Eleutério Rodriguez Neto, representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, na Subcomissão da Seguridade, Saúde e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões - Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 114. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

centralização do orçamento da saúde no caixa da Previdência com as seguintes palavras:

Acho que é imoral, um pouco oportunista, realmente traduz o interesse, o corporativismo institucional a idéia de se manter a administração do recurso da saúde, que será a responsabilidade de um Ministério, no caixa de outro Ministério. Acho que existem interesses absolutamente ilegítimos e devemos contestar esse tipo de proposição.¹¹⁷

Outras audiências públicas foram ainda realizadas com vários representantes de entidades ligadas ao setor da saúde. Dessas audiências participaram também os representantes das entidades ligadas aos grupos privados de prestação de serviços de saúde. Pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), falou o seu presidente, Sílio de Andrade, também membro da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, onde atuou como representante dos interesses do setor privado.

Sua exposição deixou marcado o pioneirismo histórico da atuação privada na assistência à saúde. Salientou que a forte presença da iniciativa privada não foi mais que uma consequência da omissão do Estado “em assumir real responsabilidade, em alocar recursos e implementar, na devida extensão, as ações de promoção e recuperação da saúde, como seu dever precípua”¹¹⁸.

Demonstrou que o aumento na oferta de leitos hospitalares, bem como de infraestrutura e tecnologia médico-hospitalar dependeu do setor privado, que respondeu sempre com um percentual médio superior a 80% da

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 133.

¹¹⁸ Cf. Audiência pública com o representante da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Sílio de Andrade, na Subcomissão da Saúde, Segurança e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Segurança e Meio Ambiente, p. 88. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

cobertura assistencial efetiva. Reputou, também, leviana e esdrúxula a afirmação de que essa forte expansão do setor privado em níveis bastante superiores ao setor público fora “construída, na quase totalidade dos anos 70, com recurso do FAS [Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social]” .

O cerne da ideia discutida pelo Presidente da FBH na Subcomissão foi a importância de manter o nível de gastos com as ações de recuperação da saúde – assistência médico-hospitalar – nos mesmos patamares que os gastos com as ações de prevenção da doença – medidas médico-sanitárias. A justificativa foi de que a discussão quanto à prevenção ou assistencialismo já fora ultrapassada pela necessidade de integração de fatores e recursos necessários para a promoção da saúde.

Nessa perspectiva, as ações de recuperação da saúde teriam o hospital como seu *locus* de desenvolvimento, o centro de referência das questões da saúde, devendo-se, dessa forma, promover um “alargamento da atuação hospitalar, não só para a recuperação da saúde mas tudo aquilo que nós sabemos que o hospital tem que ser como centro de farmácia de mão de obra [sic] tudo aquilo que nós sabemos, porém não colocamos na prática”.¹¹⁹

Também dividindo a ideia de liberdade de atuação da iniciativa privada no segmento empresarial da saúde, falou o representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial (Abrange), que começou esclarecendo que a medicina de grupo teve origem com o processo de industrialização dos anos 1950, quando as multinacionais se instalaram no Brasil e precisaram prestar assistência médico-hospitalar aos seus trabalhadores.

Para atender a essa demanda, grupos de médicos foram se associando e organizando um sistema de prestação de serviços médicos

¹¹⁹ Ibid., p., 89.

privados que cresceu a ponto de constituir-se um sistema paralelo de prestação de serviços médicos. Focados no cuidado com a saúde do trabalhador, o objetivo principal da sua atuação era evitar prejuízo da empresa contratante com a perda de produtividade decorrente do afastamento do empregado devido a doença.

Sempre com a finalidade de evitar as perdas provenientes do adoecimento do trabalhador, a medicina de grupo muito se ocupou das ações de caráter médico-sanitário, visto que a prevenção da doença é forma de evitar prejuízo tanto da contratante com a perda das horas trabalhadas quanto da contratada com as despesas de assistência médico-hospitalar. Essa forma de “aliar, vamos dizer, uma lógica econômica a uma lógica social”¹²⁰ reduziu consideravelmente o custo da prestação de serviços privados de saúde e permitiu que as empresas de medicina de grupo expandissem seu atendimento para as classes sociais que não tinham como arcar com os custos da “medicina liberal”. Pelo fato de poderem arcar com uma despesa mensal com saúde, esses grupos sociais tiveram acesso ao sistema por meio dos planos individuais de saúde, que até aquele momento atendiam cerca de 29% das classes A e B, 41% da classe C e 30% das classes D e E.

É interessante observar que os grupos privados de prestação de serviços de saúde justificam a sua importância para a sociedade brasileira de forma absolutamente conflitante. Por seu lado, os grupos ligados à área hospitalar defendem que os serviços e ações de saúde devem manter um equilíbrio entre aquelas de caráter curativo e as de caráter preventivo, estabelecendo o hospital como o centro de desenvolvimento desse conjunto de ações. Por outro lado, os grupos ligados à medicina de grupo dão grande relevância ao caráter preventivo das ações e serviços de saúde. Evitam o

¹²⁰ Cf. Audiência pública com o representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial – Abrange, Dr. Alexandre Lourenço, na Subcomissão da Saúde, Segurança e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Segurança e Meio Ambiente, p. 90. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

atendimento médico-hospitalar de recuperação, porque isso representa primeiro um prejuízo econômico e, depois, um prejuízo social.

No trecho abaixo, Eleutério Rodriguez Neto identifica exatamente esse desalinhamento das justificativas expostas pelos representantes dos interesses privados para defender os motivos pelos quais a Constituição deveria preservar um espaço de atuação da iniciativa privada no sistema nacional de saúde:

No caso do grupo que tinha uma relação orgânica com o setor privado, ficaram nítidas as diferenças entre as suas reivindicações, orientadas para a defesa de suas formas específicas de prática, embora todos se unissem contra qualquer perspectiva estatizante¹²¹

E foi exatamente sobre a diretriz de estatização progressiva do sistema que se desenrolaram os principais combates políticos dentro da subcomissão. Já durante as primeiras audiências, o representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess), Francisco Ubiratan Dellape¹²², portanto, um representante da iniciativa privada, levantou a questão “estatização **versus** privatização” [grifo do autor].

Sua argumentação fundamentou-se no fato de que os princípios diretores da nova Constituição eram os do Estado Democrático de Direito, portanto, pautados pela liberdade política. Dentro dessa perspectiva, qualquer tendência estatizante teria um caráter totalitário, contrário, por isso, ao princípio democrático, o qual prevê, na sua essência, liberdade

¹²¹ *Op. cit.*, p. 61.

¹²² Cf. Audiência pública com o representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, Francisco Ubiratan Dellape, na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 92. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

econômica, liberdade política e, principalmente, a imposição de limites à atuação do Estado na economia.

Outro aspecto levantado foi o da proposta de reconhecimento de natureza exclusivamente pública da saúde. Entende o setor privado que “não é somente de natureza pública o conjunto de ações e serviços de proteção, recuperação e reabilitação da pessoa”¹²³, pois que esses esforços são envidados antes pelas famílias, pelas comunidades científicas e por todos os setores públicos e privados. Assim, o reconhecimento de uma natureza da saúde como exclusivamente pública abre a possibilidade de socialização do setor, o que também implica conflito com o princípio democrático já citado.

Sobre essa exposição do representante da Fenaess, um dos constituintes mais envolvidos com a questão da Reforma Sanitária fez a seguinte observação:

Achei que na exposição do representante da Fenaess, ele enveredou para uma série de críticas. No começo era promissor porque apontava para a discussão entre estatização, privatização, mas, na fundamentação das suas posições, o que ouvi foi uma série de conceitos de valores, com relação à socialização: é ineficaz, é totalitária, é indesejável, mas nenhuma análise mais profunda em relação a essa questão foi feita.

Talvez, no documento que [sic] vai nos passar para estudo [sic] tenha a fundamentação das suas posições. O que, inclusive, me preocupou bastante na colocação é que [sic] chega-se ao extremo de, praticamente, não se aceitar nenhum planejamento que não seja o do livre jogo do mercado que, na questão da saúde, é uma coisa dramática, pois este é o não planejamento. E foi realmente o que aconteceu no Brasil, durante o maior tempo da ditadura militar. Deu no que deu.¹²⁴

¹²³ Cf. Audiência pública com o representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, Sr. Francisco Ubiratan Dellape, na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 92. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹²⁴ Cf. Fala do Constituinte Eduardo Jorge na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 94. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

O conflito entre os que defendiam a livre atuação da iniciativa privada no segmento da saúde e aqueles que insistiam na manutenção da diretriz de estatização progressiva do setor, com a subordinação do setor privado às normas do Sistema Único de Saúde, produziu uma vasta argumentação justificadora de ambas as posições. Advogando em favor da iniciativa privada, Reinhold Stephanes, ex-presidente do INSS e do Inamps e ex-Deputado Federal, que compareceu em audiência pública por pedido do Constituinte José Elias Murad, argumentou que a questão da estatização da assistência médico-hospitalar tinha um caráter puramente ideológico que não estava apoiado sobre fundamentos técnicos, ou sobre um juízo de valor consistente.

Nós tentamos levar a coisa para um campo ideológico e me parece que esse não é o campo. O que nós devemos é racionalizar, ordenar, organizar, integrar, hierarquizar e regionalizar a assistência médica. Agora, não adianta também integrar vários setores caóticos. As Secretarias de Saúde normalmente estão com suas administrações desestruturadas, as municipais bastante desestruturadas, os hospitais públicos bastante desestruturados, o Ministério da Saúde bastante desestruturado e a administração previdenciária bastante desestruturada, e aí se integram, sem antes organizar, regionalizar, hierarquizar, fincar todas estas condições, esta situação toda que parece um pouco caótica de forma geral.¹²⁵

A abordagem do ex-presidente do Inamps concentrou-se essencialmente na dimensão da assistência médico-hospitalar, que representa apenas um tipo de ação de assistência à saúde dentro do universo possível. Esse foco limitado da questão decorre de dois fatores: o primeiro, porque a sua presença na Subcomissão teve por motivo a defesa dos interesses privados no segmento da saúde, os quais atuam essencialmente na assistência médico-hospitalar¹²⁶; o segundo, porque,

¹²⁵ Cf. Fala de Reinhold Stephanes na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 161. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹²⁶ Quanto ao papel desempenhado pelo Reinhold Stephanes como representante dos interesses do setor privado na Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, Eleutério Rodriguez Neto faz a seguinte observação: “Do lado do setor privado, o *lobby* era exercido diretamente por meio da presença dos principais dirigentes da área privada, tanto hospitalar quanto da medicina de grupo, que usaram sempre um assessor principal, o dr. Reinhold Stephanes, ex-presidente do INPS na fase de

quando ocupava funções de dirigente de órgãos responsáveis pela saúde na Previdência Social, era com o setor privado de assistência médico-hospitalar que se relacionava, visto que era essa a forma de prestação de serviços de saúde a que se limitava aquele órgão.

Um posicionamento contrário e justificado com uma visão bastante mais ampliada da questão da estatização foi apresentado pela Sra. Maria Aladilce de Souza, representante da Coordenação Nacional de Associação de Moradores (Conan)¹²⁷, que expõe seus argumentos do seguinte modo:

Estamos num País de doentes, com um sistema de saúde também doente.

Por isso tudo a Confederação Nacional das Associações de Moradores, referendando as resoluções da VIII Conferência de Saúde, propõe: que o direito à saúde seja garantido pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem distinção. Que, para promover a saúde, o Estado deve garantir emprego, salário justo, condições dignas de moradia, educação, lazer e participação, em níveis de decisão da população, na elaboração, execução e questão da política de saúde. O Estado deve garantir assistência igualitária e de boa qualidade a todos os habitantes do território nacional.

Para evitar que a saúde seja comercializada, a rede de serviço de saúde deve ser estatizada. Sabemos que esta é uma questão – inclusive na VII Conferência [sic] foi colocado impossível de ser resolvida já, mas o Estado, o Governo [sic] precisa garantir a implementação de medidas que levem à estatização, como, por exemplo, a criação e ampliação de uma rede pública estatal de saúde, com serviços de boa qualidade, seria uma das medidas apontando o rumo da estatização, o não investimento de recursos no setor privado, a destinação de um percentual, que na própria

criação do Simpas, e um dos responsáveis pela implantação do modelo privatista de atenção médica na Previdência Social, naquela época. O fato de ter sido deputado federal também lhe facilitava o acesso às dependências e aos documentos do Congresso, prerrogativa de ex-parlamentar.” (*Op.cit.*, p. 65.)

¹²⁷ Durante nossas pesquisas, observamos que, no preâmbulo da ata da 10.^a reunião, bem como na fala da Presidenta da Subcomissão, quando chama para audiência a Maria Aladilce de Souza, em ambos os casos seu nome aparece como representante da Coordenação Nacional de Associações de Moradores; entretanto, ela própria, ao referir-se à entidade que representava, utiliza o nome Confederação Nacional das Associações de Moradores. Considerando que nossa fonte primária de pesquisa é a ata da audiência, optamos pelo nome Coordenação Nacional de Associações de Moradores.

Conferência se colocava, em torno de 15% das receitas tributárias, para gastos com saúde¹²⁸

Terminada a fase das audiências públicas e dos debates, o relator, Carlos Mosconi, aprontou o relatório e o anteprojeto, em cuja elaboração houve a participação “de assessores técnicos ligados ao *movimento sanitário*, convidados para esse fim pelo relator”¹²⁹. Iniciou-se, então, a fase dos debates e emendas ao anteprojeto apresentado. Os primeiros questionamentos foram a respeito do percentual de 10% do PIB destinados para o dispêndio orçamentário com a saúde. O Constituinte Geraldo Alckmin apontava uma falta de objetividade na definição do valor percentual que deixava dúvida quanto ao controle da participação dos Estados e Municípios na destinação orçamentária para a saúde. A proposta do Constituinte era de que a fixação de uma partição definida em um percentual mínimo dos Municípios, dos Estados e da União, talvez, na prática, oferecesse um controle mais efetivo e possibilitasse a implementação com mais rigidez.

O relator e os que concordavam com o seu posicionamento, já consolidado no anteprojeto, argumentavam que o percentual de 10% fora estabelecido com referência nos gastos com saúde dos “países mais avançados e que cuidam melhor da saúde de seu povo”. E mais: que a proposta de estabelecer níveis percentuais de gastos orçamentários para os Estados e os Municípios acarretaria grandes diferenças regionais e locais, porque os entes federativos que mais arrecadam sempre despenderiam mais com saúde que os Estados e Municípios mais pobres, criando desequilíbrios insuperáveis no longo prazo. Considerando que, no conjunto, o anteprojeto previa a descentralização das decisões políticas, administrativas e também

¹²⁸ Cf. Fala de Maria Aladilce de Souza, representante da Coordenação Nacional de Associações de Moradores na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 112-113. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹²⁹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 64.

na área financeira, as expectativas eram de que o modelo fosse um fator de redução daquelas diferenças regionais e locais.

Outra questão levantada foi o mérito da transferência da responsabilidade do Ministério do Trabalho pela fiscalização, desenvolvimento de políticas e de ações de prevenção e cuidado com a saúde do trabalhador para o Ministério da Saúde, ou seja, a saúde ocupacional passaria a ser parte do Sistema Único de Saúde. Apesar da concordância dos membros da Subcomissão, essa situação alterou-se radicalmente na fase da Comissão de Sistematização.

Superada a fase dos debates e apresentação de emendas ao anteprojeto, o relator apresentou um substitutivo¹³⁰ do texto, por considerar essa a melhor forma de adequá-lo ao “grande número de emendas apresentadas e julgadas oportunas”. A votação do substitutivo foi feita em globo, ressalvados os destaques, com resultado de vinte e um votos “sim”, zero voto “não” e zero abstenção.¹³¹

Quanto aos destaques, foi apresentada pelo Constituinte Cunha Bueno uma emenda que alterava o § 2.º do art. 4.º, a qual também já havia sido alterada pelo substitutivo, porque o texto original utilizava a palavra “expropriar”. Conforme justifica o próprio relator: “foi retirado, porque significa que não reconheceríamos a propriedade privada como legítima”¹³². A emenda

¹³⁰ Conforme Maria Helena Diniz, “substitutivo” é: “[...] 2. Novo projeto de lei que modifica outro sobre a mesma matéria, já apresentado na Assembleia Legislativa; emenda ao projeto. 3. Projeto de lei que substitui outro”. (*Dicionário jurídico*, v.4. São Paulo: Saraiva, 1998.)

¹³¹ Cf. Ata da 22.ª reunião da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 256. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹³² Cf. Fala do relator, Carlos Mosconi, na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 282. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

foi aprovada para a inclusão, no § 2.º, da expressão “mediante justa indenização em moeda corrente”, com a justificativa de que “o governo também não deve se locupletar da iniciativa privada para atender as suas justas necessidades sem o justo pagamento daquilo que pode ter representado para muitos o suor de muitos anos de sua vida para montar um hospital particular”¹³³.

Também foi alterado o art. 5.º do Substitutivo, para que fosse contemplado o estímulo às atividades de pesquisa como uma das ações do Sistema Único de Saúde. O art. 8.º, que fora introduzido pelos esforços do presidente e do relator da Subcomissão em virtude das suas origens profissionais e de militância política, vedava qualquer forma de propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento de saúde, propaganda de tabacos e bebidas alcoólicas. Esse artigo também recebeu uma emenda que flexibilizava o texto do anteprojeto, permitindo a “divulgação científica” de medicamentos junto aos profissionais da área da saúde.

Ainda, foi proposta pelo Constituinte Eduardo Jorge uma emenda cujo conteúdo tratava da garantia do direito de liberdade do casal no planejamento familiar. O texto vedava qualquer tipo de coerção quanto à escolha do número de filhos, bem como garantia do direito à informação sobre os métodos de controle da fertilidade. Dispunha também sobre o direito da mulher que houvesse iniciado um processo de aborto por qualquer motivo ser atendida pelo Sistema Único de Saúde. A emenda foi aprovada por 23 votos “sim”, zero “não”, zero abstenção e passou a ser o art. 13 do Substitutivo. A questão do financiamento do Sistema Único de Saúde não

¹³³ Cf. Fala do Constituinte Cunha Bueno na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, p. 282. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

chegou a ser equacionada pela Subcomissão, que remeteu-a para a deliberação da Comissão da Ordem Social¹³⁴.

Depois de aprovadas, as emendas integraram-se ao Substitutivo que passou a constituir o anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente. O anteprojeto foi aprovado pela unanimidade dos constituintes presentes e entregue à Comissão da Ordem Social em sessão solene no dia 25 de maio de 1987.

3.2 A Comissão da Ordem Social

A sessão de entrega dos anteprojetos pelas subcomissões temáticas foi a segunda reunião da Comissão da Ordem Social. A primeira realizou-se no dia 1.º de abril de 1987 e foi a reunião de instalação da Comissão, quando também se realizou a eleição da mesa diretora e escolha do relator, cargo não eletivo e ocupado por indicação da mesa.

De acordo com o Regimento Interno, os cargos de presidência, primeira e segunda vice-presidências e relatoria, tanto das comissões como das subcomissões temáticas, um total de 132 cargos, deveriam ser distribuídos pelo critério da proporcionalidade entre os partidos. Quanto aos cargos de relator, estes foram indicados pelas lideranças partidárias¹³⁵.

Dessa forma, as lideranças negociaram um arranjo de ocupação dos cargos, e, nesse acordo, ficou decidido que “as presidências das comissões temáticas, com exceção de uma, pertencente ao PDS, seriam do

¹³⁴ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 64.

¹³⁵ Cf. Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte, art. 13, § 2.º.

PFL e os relatores, do PMDB”¹³⁶. No caso da Comissão da Ordem Social, o Presidente Edme Tavares e o Segundo Vice-Presidente Adylson Motta tiveram origem no PFL, e ao PMDB coube indicar o primeiro Vice-Presidente, Hélio Costa, e o Relator, Senador Almir Gabriel.

Dos componentes da mesa diretora da Comissão, apenas o deputado Adylson Motta era ligado à área da saúde. Advogado e médico oftalmologista, pertencia a um partido que estava situado ideologicamente na posição de centro-direita, com 62% dos seus membros entre os liberais¹³⁷, ou seja, favoráveis ao mínimo intervencionismo do Estado na economia. Entretanto, o próprio deputado Adylson Motta definiu-se numa posição ideológica de centro. Também era favorável à restrição da participação do capital estrangeiro àquelas atividades em que o capital nacional público ou privado não pode atuar¹³⁸.

Quanto ao Presidente, Edme Tavares, também do PFL, sua formação era em Direito, mas tinha longa carreira na vida pública, cuja origem estava na Arena. Exerceu, anteriormente, outras legislaturas, numa das quais participou do Colégio Eleitoral que escolheu o General Ernesto Geisel como presidente em 1974. Definiu-se como um político de centro, sendo favorável à participação equilibrada entre o Estado e a iniciativa privada na economia. Quanto à participação do capital estrangeiro, sua posição coincide com a de seu partido, que aceita uma atuação limitada a alguns setores¹³⁹.

¹³⁶ Cf. Fala do líder do PMDB, Mário Covas, na sessão de instalação e eleição do Presidente e Vices-Presidentes da Comissão da Ordem Social. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Comissão da Ordem Social, p. 2. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em 1.º nov. 2008.

¹³⁷ V. Tabela 3, p. 58.

¹³⁸ RODRIGUES, Leôncio Martins. *Op. cit.*, p. 352.

¹³⁹ RODRIGUES, Leôncio Martins. *Op. cit.*, p. 207.

Também desvinculado da questão da saúde, o Primeiro Vice-Presidente, deputado Hélio Costa, era jornalista e empresário da área de radiodifusão. Era favorável à mínima intervenção do Estado na Economia, mas contrário à ampla participação do capital estrangeiro. Ele se autodefiniu na posição ideológica de centro-esquerda, posição em que se encontravam 74% dos membros do seu partido, o PMDB¹⁴⁰.

O único constituinte intimamente ligado com as questões da saúde, inclusive com o próprio Movimento Sanitarista, tendo participado de todo o processo de preparação das diretrizes da Reforma Sanitária, inclusive da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, foi o Relator, Senador Almir Gabriel. Médico, cirurgião torácico, ex-secretário estadual da Saúde no Pará entre 1978 e 1982, ex-prefeito de Belém e ex-diretor da Divisão Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde, na Assembleia Nacional Constituinte exerceu a sua primeira legislatura pelo PMDB do Pará. Assim como a escolha do relator da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente teve forte influência do Movimento Sanitarista, a escolha do Senador Almir Gabriel se deu pela mesma forma de articulação, combinada com a estratégia do PMDB de ocupar as principais relatorias no processo constituinte¹⁴¹.

Na sessão solene de entrega dos anteprojetos das respectivas subcomissões pelos seus Presidentes, apesar de não estar previsto no Regimento Interno, o Presidente da Comissão convidou um representante dos movimentos civis ligados a cada área temática para expor as expectativas da sociedade com relação ao texto da nova Constituição. De forma diferente da Subcomissão, quando os grupos das várias tendências puderam expor suas ideias, naquela sessão solene somente a posição do movimento da Reforma Sanitária foi ouvida, na pessoa do Dr. Eleutério Rodriguez Neto, “por ser considerada a que tinha uma relação mais orgânica com o ‘espírito’ do anteprojeto”¹⁴².

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 274.

¹⁴¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 64.

¹⁴² *Op. cit.*, p. 65.

A exposição do representante da área da saúde começou pelas origens do movimento, que se formou pelo conjunto de profissionais, cientistas, entidades da população e até instituições oficiais que se organizaram em torno da denúncia das condições precárias de saúde da população e da incapacidade do setor público de enfrentar a situação. Na evolução de um processo de articulação social e política, esse movimento de caráter suprapartidário passou a se opor ao regime antidemocrático instaurado pela ditadura, adotando uma atuação política de luta pela redemocratização.

Uma luta que tinha como frente principal o combate à forma perversa da relação entre o Estado e a iniciativa privada no setor da saúde. Nessa relação, o setor público subsidiava um processo de acumulação de capital no setor privado em detrimento dos interesses coletivos. Isso agravava o quadro de concentração de renda e exclusão social no acesso às ações e serviços médico-assistenciais pela maior parte da população.

Apoiado nessa plataforma política, o movimento se articulou com as demais correntes políticas pró-democracia, no conjunto das quais desenvolveu uma proposta de resgate da dívida social acumulada. A ideia central dessa luta política pela democracia era a de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Disso decorre também a conclusão de que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser universal e igualitário.

Considerando que somente o Estado tem condições de criar e manter uma estrutura que atenda prioritariamente o interesse social, sem privilegiar ou ceder aos interesses individuais e particulares, deduz-se que a saúde é de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização, execução e controle.

Como alternativa à excessiva centralização do sistema que se mostrava caro e ineficiente nos seus resultados sociais, a proposta era criar um sistema unificador das instituições de saúde nos níveis federal, estadual e

municipal, com gerenciamento integrado, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e participativo. Dentro desse novo sistema, o setor privado continuaria a prestar serviços assistenciais enquanto o setor público, associado ao setor privado beneficente, não pudesse suprir em quantidade a demanda social¹⁴³.

Apesar da oportunidade de manifestação dos representantes dos movimentos civis, não aconteceram outras audiências públicas, e, assim, os trabalhos da Comissão concentraram-se no processo de debates e votação das emendas apresentadas aos anteprojetos de cada uma das três subcomissões nas quais se dividiu a Comissão da Ordem Social.

Os momentos mais intensos das sessões na Subcomissão estiveram na fase dos debates sobre a forma e amplitude da participação do setor privado no sistema de saúde. Na Comissão da Ordem Social, não foi diferente. Os debates iniciaram-se exatamente pelo mesmo problema, que, dessa vez, já se apresentava na forma do Sistema Único de Saúde, cujos princípios e diretrizes, inclusive a diretriz que sujeitava o setor privado às normas do SUS, já estavam definidos no anteprojeto da Subcomissão.

Da mesma maneira que ocorreu na Subcomissão, a questão dividiu os constituintes em dois grupos que se opunham em função da contestação ou defesa dos princípios consolidados no anteprojeto da Subcomissão¹⁴⁴. De um lado, estavam o Constituinte Adylson da Motta, Mendes Botelho e outros. Esse grupo acreditava que o anteprojeto apresentado pela Subcomissão era

¹⁴³ Cf. Audiência pública com o Dr. Eleutério Rodriguez Neto, representante da área da saúde, na Comissão da Ordem Social. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Comissão da Ordem Social, p. 14-15. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹⁴⁴ Para uma análise relativa ao perfil político-ideológico dos Deputados Constituintes, ver: RODRIGUES, Leôncio Martins. *Op. cit.* Para uma análise das posições de todos os Constituintes em relação às questões de interesse dos trabalhadores, o que, de certa forma, permite induzir um posicionamento político-ideológico do próprio Constituinte, ver: DIAP – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ASSESSORIA PARLAMENTAR. *Quem foi quem na Constituinte*: nas questões de interesse dos trabalhadores. São Paulo: Cortez, 1988.

uma proposta de estatização da execução dos serviços de saúde e que a estatização punha em risco a sobrevivência dos hospitais privados, os quais somavam cerca de 80% das instituições hospitalares do país. Uma realidade preocupante se analisada pelo viés da ineficiência do Estado em prover um serviço de saúde em quantidade e tecnologicamente satisfatório em todos os níveis de complexidade das ações¹⁴⁵.

Na posição de defesa dos princípios consolidados no anteprojeto, estavam Benedita da Silva, Alcení Guerra, Eduardo Jorge e outros. Esse grupo de constituintes, por sua vez, argumentava que o anteprojeto se justificava pelo seu alcance social e caráter democrático e que era até generoso nesse aspecto.

Contrariamente ao que se afirmava, o anteprojeto não apresentava uma forma de completa estatização do setor. Tanto é assim, que o art. 6.º assegurava o livre exercício da atividade liberal em saúde¹⁴⁶. O fato de traçar a disciplina desse segmento por meio das normas do Sistema Único de Saúde era uma forma de manter sob controle público um mínimo de qualidade técnica e padrão ético do segmento privado de prestação de serviços de saúde.

O entendimento deveria ser, então, o de que o objetivo principal do anteprojeto era fortalecer o setor público da saúde, por isso foi dado um tratamento preferencial para as entidades sem fins lucrativos, mas que o Estado continuava a comprar serviços do setor privado com fim lucrativo enquanto não pudesse suprir a demanda social pelos serviços de saúde.

¹⁴⁵ Cf. Fala do Constituinte Mendes Botelho na Comissão da Ordem Social. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Comissão da Ordem Social, p. 64. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹⁴⁶ Cf. Fala do Constituinte Alcení Guerra na Comissão da Ordem Social. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Comissão da Ordem Social, p. 64. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

Ao contrário do que ocorreu na Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, em que a fase mais importante foi a dos debates, na Comissão da Ordem Social as atenções se voltaram para a fase de preparação do anteprojeto pelo relator. Se na fase de produção do anteprojeto e do relatório da Subcomissão o relator contou com o apoio técnico dos membros do Movimento Sanitarista, a mesma coisa não aconteceu na fase correspondente da Comissão da Ordem Social.

O Senador Almir Gabriel era um dos poucos constituintes que tinham a questão da saúde na composição da sua plataforma política. Apesar disso, na relatoria da Comissão da Ordem Social, sua opção foi utilizar-se dos assessores da própria Assembleia Nacional Constituinte, dispensando a participação de assessores externos¹⁴⁷. Essa postura distanciou do processo o Movimento Sanitarista, ao qual o próprio senador sempre esteve ligado e que construiu e sustentou a plataforma política que encampava as principais diretrizes de mudança no sistema de saúde adotadas no anteprojeto da Subcomissão.

Paralelamente, o relator permitiu-se receber as influências do Ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães. Ocorre que, durante a fase das audiências públicas com as autoridades na Subcomissão, o Ministro defendeu uma ideia diferente da proposta pela 8.ª Conferência. Sua sugestão era integrar os segmentos da Saúde, Assistência Social e Previdência Social em um único conjunto de ações e políticas públicas denominado Seguridade Social.

Segundo ele, essa era uma forma mais moderna e viável de universalizar e distribuir benefícios sociais. Ligada aos princípios do Estado de Bem-Estar Social, a Seguridade Social trazia em si a ideia de seguro social que permitia a concessão do benefício social independentemente de qualquer tipo ou grau de contribuição por parte do cidadão, facilitando dessa

¹⁴⁷ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 66-67.

forma a universalização e a distribuição mais igualitária dos benefícios sociais.

A essa influência do MPAS somava-se outra articulação do Relator com o grupo constituinte ligado à Comissão do Sistema Tributário, Orçamento e Finanças, “em particular o deputado José Serra e alguns assessores”¹⁴⁸. O resultado desse realinhamento político do Senador Almir Gabriel foi seu anteprojeto ter contemplado a efetiva integração da Saúde, Assistência Social e Previdência Social no conjunto denominado Seguridade Social. A justificativa foi a de que, na forma da Seguridade Social, seria mais viável obter destinação orçamentária capaz de atender as demandas da área social.

Mesmo que a mudança de fato tivesse proporcionado um aumento razoável no volume de verbas destinadas ao setor da saúde, a análise do Movimento Sanitarista a respeito não foi favorável. A ideia era de que a integração abria a possibilidade de subordinação do comando do SUS à área da Seguridade/Previdência, que significaria um retrocesso em um ponto considerado estratégico no novo sistema: a direção única, autônoma e descentralizada em cada esfera de governo.

Na oportunidade em que alguns representantes do Movimento Sanitarista foram convidados a discutir o anteprojeto do Relator e apresentar sugestões de mudanças, foi sugerida a inclusão do seguinte dispositivo, o qual passou a integrar o texto¹⁴⁹:

A proposta de orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela Saúde, Assistência e Previdência Social, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos.¹⁵⁰

¹⁴⁸ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 66.

¹⁴⁹ Ver Anexo 3, doc. 8.

¹⁵⁰ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p.67.

Rodriguez Neto observa que, apesar disso, permanecia a preocupação de que uma possível concentração do orçamento das verbas destinadas à área social no “superministério” da Seguridade Social pudesse restringir a autonomia financeira da área da saúde. Como forma de evitar que isso acontecesse, um grupo de constituintes originários da Subcomissão que havia trabalhado em conjunto com o Movimento Sanitarista convenceu o relator a encaminhar uma emenda modificativa do texto.

Ocorre que, na Comissão da Ordem Social, o equilíbrio das forças políticas que lutavam em torno da questão da saúde era desfavorável para o grupo de tendência progressista. A representação dos interesses da iniciativa privada contava com um maior número de constituintes. Além disso, um dos principais representantes desse movimento conservador, o deputado Borges da Silveira, foi nomeado Ministro da Saúde, o que assegurou um reforço institucional na garantia dos interesses dos segmentos privados na Comissão.

Essa foi uma situação privilegiada que asseverou a esse grupo de constituintes impor a retirada da emenda modificativa. Uma vez que era maioria, ameaçava obstruir as votações, impedindo que o anteprojeto fosse aprovado no prazo regimental. Não sendo votada, a questão da saúde seria remetida na íntegra para o Relator da Comissão de Sistematização, a quem caberia a elaboração do anteprojeto¹⁵¹, pondo a perder toda ordem de conquistas já consolidadas.

Diante dessa possibilidade, os setores progressistas retiraram todas as emendas propostas ao anteprojeto para que ele fosse votado em tempo, o que de fato ocorreu. Apesar da vantagem numérica dos grupos conservadores, o anteprojeto aprovado manteve o inteiro teor do conjunto de conceitos da Reforma Sanitária consolidados na fase da Subcomissão. A autonomia financeira e administrativa do Sistema Único de Saúde foi assegurada mesmo com a introdução do conceito de Seguridade Social, que

¹⁵¹ Cf. Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte, art. 14, § 4.º.

fundiu num único conjunto as ações da Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

3.3 A Comissão de Sistematização

No início dos trabalhos da Constituinte, o grande conflito interno tinha seu foco na exigência de participação de todos os membros da Assembleia na tomada de decisões e na elaboração do Projeto de Constituição. A proposta de formação de uma única comissão para a elaboração de um anteprojeto que seria posteriormente submetido ao plenário foi duramente contestada. No processo de elaboração do Regimento Interno imperaram o conflito, a controvérsia e a disputa política entre a força concentrada dos grandes partidos e a estratégia de articulação ideológica dos pequenos partidos.

A solução encontrada foi a distribuição proporcional dos 503 constituintes em oito Comissões temáticas, que, por sua vez, foram também divididas em três Subcomissões cada uma. Ocorre, porém, que, na fase posterior do processo, houve a necessidade de se concatenar os conteúdos produzidos dentro desse “modelo decisório fragmentado”. A solução encontrada não foi outra senão a que se buscou evitar desde o início, ou seja, a formação de uma comissão cuja função fosse adequar em um conjunto sistemático os anteprojetos recebidos das Comissões temáticas.

Neste sentido, a comissão de sistematização foi uma espécie de sucedâneo do que seria uma comissão de elaboração de um anteprojeto. Deslocava-se, portanto, a assimetria decisória entre os constituintes para um segundo momento deste processo.¹⁵²

De acordo como Regimento Interno, função da Comissão de Sistematização seria receber os anteprojetos das Comissões temáticas e, num prazo de trinta dias, compatibilizá-los, elaborar o preâmbulo e

¹⁵² SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op. cit.*, p. 42.

apresentar à Mesa o Projeto de Constituição¹⁵³. Esse processo seria desenvolvido da seguinte forma: decorridos 10 dias do recebimento dos anteprojetos, o Relator apresentaria o seu relatório fundamentado com anteprojeto. Os cinco dias subsequentes seriam destinados à discussão da matéria e à apresentação de emendas, as quais se restringiriam à adequação do anteprojeto do Relator às normas gerais e disposições transitórias e finais contidas nos anteprojetos das Comissões temáticas.

Nos cinco dias seguintes ao encerramento das discussões, o Relator emitiria parecer sobre as emendas, concluindo pela apresentação do Projeto de Constituição, o qual seria discutido e votado nos cinco dias seguintes. Sendo aprovado, o Projeto seria encaminhado à Mesa para deliberação.

Da forma como a atuação da Comissão de Sistematização foi prevista no Regimento Interno, sua função seria preparar o Projeto de Constituição a partir dos anteprojetos apresentados pelas Comissões temáticas, ou seja, não era da sua competência incluir novas matérias ou criar novos conteúdos para o texto. Entretanto, dado que representava uma fase decisiva quanto ao conteúdo do Projeto a ser discutido pelo Plenário da Constituinte, “foi nessa comissão que mais se investiu, visando conferir-lhe maior representatividade proporcional e também qualitativa; isto é, as principais lideranças lá estavam representadas”¹⁵⁴.

Para a eleição dos constituintes que ocupariam os cargos da mesa diretora e relatoria, manteve-se o mesmo acordo entre as lideranças que orientou a escolha das mesas diretoras nas Comissões e Subcomissões temáticas. A disputa pelos cargos foi tão acirrada que, mesmo com o acordo, houve divisão dentro dos próprios partidos.

¹⁵³ Cf. Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte, art. 14, § 3.º, e Regimento Interno da Comissão de Sistematização, art. 23, § 1.º.

¹⁵⁴ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 71.

Desde o início do processo constituinte prevaleceu uma tendência do líder do PMDB em privilegiar os segmentos mais progressistas na ocupação dos cargos em que lhe cabia indicação¹⁵⁵. Talvez em virtude do tamanho e da divisão ideológica característica desse partido¹⁵⁶, não prevaleceu a indicação partidária para o cargo de Primeiro Vice-Presidente. Uma divisão interna resultou na disputada entre os constituintes Aloísio Campos e Pimenta da Veiga, candidato indicado pela liderança. Foi vitorioso o primeiro, que, na justificativa dos motivos da sua candidatura, observou o seguinte sobre o acordo entre as lideranças:

Não concordo com o nobre Líder Mário Covas sobre que o partido deva indicar nomes aos lugares que, por acordo político, pertençam a essa ou àquela agremiação. O acordo político versa sobre posições constitutivas da Mesa. Reservou-se ao PFL a indicação de Presidente; ao PMDB, a indicação da 1.^a Vice-Presidência; ao PDT, nesta Comissão, a indicação da 2.^a Vice-Presidência. Mas a eleição para preenchimento desses cargos não se faz na órbita exclusiva de nenhum partido. O Regimento determina que a eleição é procedida pelos elementos integrantes da Comissão, que é constituída pela representação proporcional de todas as agremiações partidárias. Então, não é somente com os votos do PMDB que será eleito o [sic] 1.^o Vice-Presidência [...]¹⁵⁷.

Instalada a Comissão, partiu-se para a adequação dos anteprojetos recebidos das Comissões temáticas, o que resultou no primeiro anteprojeto da Comissão de Sistematização. Ao primeiro anteprojeto foram apresentadas emendas. Com base nas emendas acolhidas e no primeiro anteprojeto, o Relator apresentou seu primeiro substitutivo, o qual também foi posto em discussão e recebeu emendas do plenário.

Nessa fase dos trabalhos, houve a segunda oportunidade regimental de participação direta da sociedade no processo de elaboração do

¹⁵⁵ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op. cit.*, p. 44.

¹⁵⁶ V. item 2.3 O perfil político e ideológico da ANC.

¹⁵⁷ Cf. Fala do deputado Aluísio Campos na reunião de instalação da Comissão de Sistematização. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembleia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões – Comissão de Sistematização, p. 5. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

texto constitucional¹⁵⁸. A primeira foi na fase das audiências públicas realizadas nas Subcomissões temáticas¹⁵⁹. De acordo com o artigo 24 do Regimento Interno, era possível a sociedade civil organizada apresentar proposta de emenda ao Projeto de Constituição. As chamadas emendas populares deveriam ser apresentadas por, no mínimo, três entidades associativas, legalmente constituídas e subscritas por trinta mil eleitores brasileiros ou mais. Essa proposta poderia, ainda, ser defendida por um dos seus signatários indicado quando da apresentação da proposta, o qual poderia usar a palavra por vinte minutos para discuti-la.

Um dos membros do Movimento Sanitarista¹⁶⁰ que participou ativamente do processo constituinte desde a defesa das diretrizes da 8.^a Conferência nas audiências públicas, da justificação dos motivos do anteprojeto da Subcomissão na Comissão da Ordem Social e também da elaboração da emenda popular na fase da Comissão de Sistematização relata que esse foi um momento de intensa mobilização social. A dificuldade em conseguir o número mínimo de assinaturas impôs a articulação de todas as entidades ligadas a cada área temática. Na área da saúde, organizou-se a Plenária da Saúde, que apresentou uma proposta de emenda popular.

A Plenária congregou entidades ligadas aos movimentos populares de saúde, os partidos de esquerda, especialmente PT, PCB, PC do B; entidades ligadas à pesquisa na área da saúde, como Abrasco e Cebes, e também entidades de classe, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos, além da Central Única dos Trabalhadores (CUT), da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e do Conam, e de outras muitas entidades locais.

¹⁵⁸ Lembramos que a participação dos representantes de cada área temática na segunda sessão da Comissão da Ordem Social não estava prevista no Regimento Interno.

¹⁵⁹ Cf. Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte, art. 14, *caput*.

¹⁶⁰ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 71

O processo de organização política e social em torno da questão da saúde, desenvolvido pelo Movimento Sanitarista desde meados dos anos 1970, culminou na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, um evento técnico e político que mobilizou as principais forças favoráveis à Reforma Sanitária brasileira. Entretanto, a exigência da coleta de trinta mil assinaturas para a proposta de emenda popular demonstrou que a organização social dessas forças ainda se mostrava bastante frágil e pulverizada.

A proposta foi subscrita por menos de sessenta mil eleitores. Pode parecer bastante se comparado ao mínimo de trinta mil, mas, se comparado aos mais de três milhões de assinaturas da proposta de Reforma Agrária, por exemplo, o número revela o distanciamento que a sociedade brasileira mantinha em relação às propostas da Reforma Sanitária.

Por outro lado, o fato de terem sido apresentadas outras quatro emendas populares, cujos conteúdos não conflitavam com a proposta da Plenária, revela que as forças políticas que propunham a reforma do sistema de saúde também estavam distantes dos outros grupos sociais que lutavam pelo mesmo objetivo e que, se tivessem se unido e compatibilizado suas propostas em uma única, “Seguramente os signatários seriam quase os mesmos, e a representatividade da proposta cinco vezes maior”¹⁶¹.

As entidades representativas dos interesses privados também apresentaram uma proposta de emenda popular, assinada por cerca de setenta mil eleitores brasileiros. A emenda foi apresentada em conjunto pela Federação Brasileira de Hospitais, pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo, pela Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, pela Associação Brasileira de Hospitais e pelo Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade.

Outra importante emenda apresentada ao projeto da Constituição foi a do Ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida

¹⁶¹ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 72.

Magalhães. Essa proposta foi apresentada durante uma série de reuniões que o Relator manteve com os ministros de Estado, que puderam, nessa oportunidade, expor os interesses do governo relativos à futura Constituição.

A proposta do Ministro foi no sentido de atrelar a coordenação e execução das ações de saúde a uma única pasta da Seguridade Social. Com o objetivo de diminuir ainda mais a importância e autonomia da área da saúde, a proposta não fez sequer menção ao Sistema Único de Saúde, principal instrumento de unificação e autonomia da área da saúde dentro do aparato institucional burocrático do Estado. Dessa forma, “apresentou um substitutivo para a Seguridade Social reduzindo-a a um único capítulo, em que a Saúde seria apenas um artigo dos sete que o comporiam”¹⁶².

Mesmo que os interesses conservadores estivessem muito mais bem representados na fase da Comissão de Sistematização, no Projeto de Constituição prevaleceram as teses mais progressistas. Isso decorreu do fato de que parte dos membros da Comissão eram os próprios relatores das Subcomissões¹⁶³, comprometidos, portanto, com o texto que haviam produzido sobre as influências das “demandas desagregadas”¹⁶⁴ que se manifestaram de forma mais consistente nas audiências públicas realizadas com os representantes da sociedade civil organizada¹⁶⁵.

Dessa forma, a principal distensão foi na questão relativa à Saúde Ocupacional e ao monopólio estatal na compra de matérias-primas, equipamentos e medicamentos. A solução do conflito foi negociada com a rejeição do dispositivo que garantia o monopólio estatal em favor da manutenção da Saúde Ocupacional sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde¹⁶⁶. Excetuando-se esse ponto, o projeto aprovado pela Comissão

¹⁶² *Ibid.*, p. 73.

¹⁶³ Cf. Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte, art. 13, § 1.º.

¹⁶⁴ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op. cit.*, p. 38

¹⁶⁶ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 74.

de Sistematização não trouxe maiores perdas, e o seu texto continha os aspectos tidos como fundamentais para a Reforma Sanitária brasileira.

3.4 A mudança no Regimento Interno

Um conjunto de medidas políticas acabou por desencadear um grave conflito no âmbito da Constituinte. A prática da indicação dos relatores pela liderança partidária, que no caso do senador Mário Covas (PMDB – SP), ao conduzir a esquerda do PMDB para os postos mencionados (relator), implicou um descompasso entre o sistema de valores com o qual se identificava a maioria do plenário e os constituintes reunidos na comissão de sistematização.¹⁶⁷

Essa tendência da Comissão de Sistematização em manter um perfil progressista do Projeto que trazia expressivas conquistas sociais provocou o descontentamento dos grupos de constituintes mais conservadores. Inconformados com a impossibilidade de mudar os dispositivos contrários aos seus interesses, esses constituintes se organizaram em um movimento parlamentar denominado Centro Democrático e passaram a contestar os poderes decisórios da Comissão de Sistematização.

O “Centrão”, como era mais conhecido, era um bloco suprapartidário formado por segmentos de centro-direita do PMDB, PFL, PTB, PDS, além de outros partidos. O principal objetivo da coalizão era reverter uma situação de superioridade decisória da Comissão de Sistematização sobre o próprio Plenário da Assembleia¹⁶⁸. O conflito residia primeiro no fato de que o texto-base a ser discutido e emendado era aquele proposto pela Comissão; o segundo ponto de conflito estava no próprio Regimento Interno que se propunha reformar. Um impedimento regimental

¹⁶⁷ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op.cit.*, p. 44.

¹⁶⁸ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op.cit.*, p. 43.

vedava a apresentação de substitutivo integral ao Projeto ou de emenda que se referisse a mais de um dispositivo¹⁶⁹.

Desse modo, para que, na fase do Plenário, se pudesse alterar determinado dispositivo que havia sido elaborado nas fases anteriores das Subcomissões e Comissões temáticas, era preciso obter o *quorum* de votação de maioria, ou seja, 252 votos.

Portanto, por ocasião da votação de cada dispositivo, teriam de rejeitar o indesejável e aprovar uma emenda substitutiva, para o que precisariam, a cada situação, mobilizar duzentos e oitenta constituintes.¹⁷⁰

Observando que o impasse relativo ao Regimento Interno ocorrido na fase inicial de instalação da Assembleia Nacional Constituinte tinha seu foco na forma de distribuição do poder de decidir sobre quais dispositivos seriam incluídos na futura Constituição, percebe-se que a distensão provocada pelo “Centrão” tem fundamento na mesma questão. Porém, no momento em que o Projeto de Constituição já se havia conformado às influências decorrentes do seu próprio processo de sua produção.

Na análise do momento constituinte pôde-se perceber que os constituintes detinham uma clara percepção de que a definição de um método de escolha das proposições a serem inseridas na nova Carta poderia desencadear, logo de saída, recursos de poder para alguns postos-chave na organização do processo decisório. A constatação desse fato gerou uma crise que implicou alteração nas regras do jogo mesmo depois que o debate constitucional já avançara.¹⁷¹

Como não dispunham de instrumentos regimentais para reverter “preceitos avançados, aprovados na Comissão de Sistematização, ligados à ordem social, ao direito dos trabalhadores, aos direitos individuais e,

¹⁶⁹ Cf. Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte, art. 23, § 2.º.

¹⁷⁰ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 75.

¹⁷¹ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op.cit.*, p. 37.

também, basicamente, ao sistema de governo”¹⁷², os integrantes do Centrão propuseram um projeto de resolução para a modificação do Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte. Com fundamento no artigo 82 do Regimento Interno, os segmentos que se sentiam prejudicados mobilizaram-se para “projetar uma fórmula que implicasse inversão da distribuição de poder decisório entre aqueles dois conjuntos representativos”¹⁷³, quais sejam, o Plenário e a Comissão de Sistematização.

Numa das sessões mais tensas da história da ANC, fracassaram as negociações para se pôr em votação um substitutivo da Mesa que seria uma forma conciliatória entre os grupos dissidentes. O conflito culminou com o comando do líder do PMDB, Mário Covas, de retirada da maioria dos membros do partido do Plenário. Nem todos os membros do partido seguiram seu líder; entretanto, muitos constituintes dos pequenos partidos de esquerda também se retiraram. Em 3 de dezembro de 1987, o substitutivo do deputado Roberto Cardoso Alves foi aprovado por 290 votos favoráveis e 16 contra¹⁷⁴.

A Resolução n. 3 de 1988 alterava o Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte e permitia a apresentação de emendas substitutivas de Títulos, Capítulos, Seções e Subseções¹⁷⁵, ou seja, permitia a propositura de um projeto substitutivo do apresentado pela Comissão de Sistematização. E mais: “o uso do instituto ‘pedido de preferência’ dava a possibilidade do projeto alternativo ter preferência de votação e possibilidade de aprovação sobre o da Comissão de Sistematização”¹⁷⁶.

¹⁷² Cf. Fala do constituinte Haroldo Lima, PC do B – BA, no Plenário da Assembleia Nacional Constituinte. In: BRASIL. Portal da Constituição Cidadã/20 anos – 1988/2008. Anais da Assembléia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de Plenário, p. 44. Disponível em: <www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em: 1.º nov. 2008.

¹⁷³ SOUZA, Márcia Teixeira de. *Op. cit.*, p. 45.

¹⁷⁴ BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. *Op. cit.*, p. 460-461.

¹⁷⁵ Cf. Art. 1.º da Resolução n. 3 de 1988 – Altera o Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte.

¹⁷⁶ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 76.

A partir da mudança do *locus* do poder para o Plenário da Assembleia, a expectativa era de que o Centrão passaria a impor as suas tendências conservadoras em detrimento dos avanços progressistas que já estavam consolidados no Projeto de Constituição. Eleutério Rodriguez Neto, que participou ativamente do processo constituinte como membro da Plenária da Saúde, membro da Abrasco e representante da área da saúde na fase das audiências públicas, relata como se desenrolou o jogo político a partir da alteração das regras pela Resolução n. 3/1988¹⁷⁷.

Porque consideramos de importância fundamental para o presente trabalho o processo de negociação que resultou no texto final da Constituição Federal na área da saúde e porque tratou-se de uma negociação a portas fechadas, feita entre lideranças partidárias, cujos relatos não constam nem mesmo dos anais da Assembleia Nacional Constituinte, seguiremos, nesse trecho, com referência nos relatos do autor acima citado.

Imediatamente depois de aprovada a emenda de alteração do Regimento Interno, o Centrão apresentou o seu projeto de Constituição, que foi assinado por mais de 280 constituintes. A Assembleia Nacional Constituinte ficou polarizada entre dois Projetos: o da Comissão de Sistematização, de caráter mais progressista; e o projeto do Centrão, que descartava todo o processo de discussão e elaboração que as Comissões e Subcomissões promoveram em conjunto com a sociedade civil organizada, outros órgãos legislativos, Tribunais, Ministérios etc.

Diante dessa realidade, a estratégia dos segmentos progressistas foi a negociação. Essa possibilidade abriu-se por dois principais motivos: o fato de o Centrão ter começado a perder coesão foi o primeiro. A força inicial do movimento decorria da insatisfação dos constituintes com a forma de concentração do poder decisório na Comissão de Sistematização. Não havia um fundamento ideológico capaz de manter a coalizão formada por um conjunto heterogêneo de membros com interesses diversos. Interesses que prevaleceram depois de conquistada a mudança das regras do jogo político.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 75-84.

O segundo fator de flexibilização dos membros do Centrão em relação às suas propostas conservadoras foi uma campanha de denúncia pública dos “traidores do povo” feita pelo PT e organizações sindicais. A campanha consistia em inscrever no “Listão da CUT” os parlamentares que assinavam as propostas contrárias aos ganhos sociais dos trabalhadores que já constavam do projeto da Comissão de Sistematização. De forma que os constituintes apontados como “traidores do povo” sentiam-se pressionados a mudar a sua posição, abandonando suas teses originais em favor de proposições mais progressistas.

Sr. Presidente e Srs. Constituintes, cumpro o dever, enquanto ocupo a tribuna agora, de deixar bem claro o quanto fiquei estupefato, vendo com meus próprios olhos, afixados em alguns pontos da cidade de São Paulo, cartazes editados pela CUT, que contêm fotografias de constituintes paulistas com assento nesta Casa, incluindo a minha própria, tendo por fundo a expressão "Traidores do Povo". Há fotos de outros Srs. Constituintes, petebistas, como disse.

A estupefação se justifica em face da expressão já aludida "Traidores do Povo". Perplexo examino, perplexo raciocino, perplexo medito e, aí, deparo-me filosofando, com o dilema: Quem trai quem? Quem fala? Quem é que fala? Por que fala? Primeiro de tudo, cumpre ver quem fala, não o que se fala. É a CUT que fala autodenominada Central Única dos Trabalhadores.¹⁷⁸

Como na fase da Comissão da Ordem Social, o processo de negociação forçou o máximo de concessões no texto da saúde, o Projeto da Comissão de Sistematização elaborado a partir daquele anteprojeto continha o mínimo essencial para a Reforma Sanitária brasileira. Dentro da estratégia de negociação dos setores progressistas, o máximo das perdas seria a vitória da proposta do Centrão, e o melhor resultado era manter as conquistas consolidadas no Projeto da Comissão de Sistematização.

As negociações fizeram-se com base no instituto da fusão de emendas¹⁷⁹. A emenda resultante não poderia conter inovações em relação

¹⁷⁸ Cf. Fala do Constituinte Farabulini Júnior, PTB-SP, no Plenário da Assembleia Nacional Constituinte.

¹⁷⁹ Cf. Art. 3.º, § 2.º, da Resolução n. 3, de 1988 – Altera o Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte.

às emendas objeto da fusão e deveria ter a anuência de todas as lideranças partidárias. As proposições foram negociadas uma a uma, e a “disputa no voto só seria da matéria impossível de obter consensualidade por não consistir uma questão de grau, mas de mérito”¹⁸⁰.

Como objeto de negociação, o Projeto da Comissão de Sistematização não polarizava o jogo político com o projeto do Centrão. Nesse quadro de forças opostas, a participação dos partidos de esquerda, com uma forte tendência estatizante e socializante, deslocou o ponto de equilíbrio do jogo político para uma posição mais favorável aos setores progressistas. Principalmente nas questões sociais como a saúde, trabalho etc., as propostas da esquerda faziam com que o Projeto da Comissão de Sistematização fosse o intermédio da outra extremidade onde estava o projeto liberal do Centrão. Essa posição alternativa entre a esquerda e a direita facilitou enormemente o processo de negociação com o Centrão.

Efetivamente, essa polarização entre direita e esquerda, no discurso político, manifestava-se na escolha “entre os interesses públicos e privados, o trabalho e o capital, a estatização e o liberalismo, mas em cada área assumiam suas especificidades, evidenciando interesses e atores concretos”¹⁸¹. Na questão da saúde, esse conflito político manifestou-se no combate à estatização do setor, que, segundo os segmentos conservadores, ocorreria caso vingasse o Projeto da Comissão de Sistematização.

Quanto aos atores do jogo político que se desenrolava na Constituinte, de um lado estava a Plenária da Saúde, que reunia parlamentares, partidos, líderes de movimentos e organizações da sociedade civil que se aglutinavam em torno da Reforma Sanitária brasileira.

¹⁸⁰ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p.

¹⁸¹ *Ibid.*, 78.

Do outro lado, reunidos em torno da questão do combate à estatização, estavam os parlamentares do Centrão e os principais representantes do setor privado da saúde, o setor ligado à prestação de serviço médico-hospitalar contratado, ao qual interessava o aumento da receita da Seguridade Social e o mínimo de controle e subordinação técnica e administrativa ao poder público, e o setor médico liberal, que se aliou ao primeiro porque se beneficiava da incapacidade do setor público de suprir em qualidade e quantidade a demanda social pela assistência médico-hospitalar. Portanto, opunha-se à reforma que desenvolvesse no sistema público qualidade e universalidade no atendimento.

Ao setor de pré-pagamento que englobava o da medicina em grupo e o das cooperativas médicas não interessava a concentração das verbas destinadas à saúde no “caixa” da Seguridade Social. Ao contrário, lutava pela contribuição facultativa para a Seguridade Social. O interesse principal era assumir parte da responsabilidade do Estado na cobertura assistencial, tornando-se uma opção ao sistema público para as classes sociais medianas.

Durante as negociações, via-se em ambos os lados membros dos vários partidos. Somente os três pequenos partidos de esquerda, PT, PCB e PC do B, é que mantiveram coerência ideológica entre seus membros durante todo o processo constituinte, de forma que, enquanto o líder do PMDB, Mário Covas, comandava as negociações pelo lado progressista, importantes quadros do seu partido reforçavam o bloco do Centrão juntamente com membros dos partidos liberais. Por outro lado, um dos mais ilustres integrantes do Centrão, o líder do governo na Câmara, ex-ministro, deputado Carlos Sant’Anna, que havia participado do processo de discussão da Reforma Sanitária brasileira desde o 1.º Simpósio Nacional de Política de Saúde, em 1979, era um dos principais defensores do Sistema Único de Saúde.

Na fase final do processo, o texto sobre o qual se discutia já era o resultado da fusão entre o projeto do Centrão, o Projeto da Comissão de Sistematização, a emenda popular, recuperada pelo deputado Eduardo Jorge (PT)¹⁸², e outras emendas individuais apresentadas. Nesse momento, o conflito concentrava-se principalmente na questão do reconhecimento ou não da “natureza pública” dos serviços de saúde, o que implicava diretamente a relação entre o setor público e o privado. Outra questão secundária que também polarizava a discussão era a inclusão ou não, no Sistema Único de Saúde, da Saúde Ocupacional.

A análise da Plenária da Saúde sobre o texto era de que a sua redação permitia a participação da iniciativa privada na prestação de serviços assistenciais com recursos públicos e fora do Sistema Único. Era preciso, então, que se alterasse a redação do dispositivo explicitando a proibição de destinação de recursos públicos para financiamento da rede privada fora do SUS. O setor privado, por sua vez, exigia que fosse dada ao dispositivo a redação expressa de permissão da participação da iniciativa privada nas ações de saúde.

O acordo foi fechado com a inclusão do texto que favorecia o setor privado. Mas com a inclusão da exigência de que o “setor privado só receberia recursos públicos de custeio sob contrato de direito público e dentro do Sistema Único”¹⁸³. De uma forma geral, o acordo representou um avanço nas questões da saúde, uma vez que permitiu a inclusão no texto constitucional das principais diretrizes traçadas na 8.^a Conferência Nacional de Saúde e que eram as bases da Reforma Sanitária brasileira.

A proposta inicial era de um Sistema Único de Saúde que centralizasse todas as ações e serviços de saúde, públicos e privados. Do

¹⁸² Cf. Regimento Interno da Assembléia Nacional Constituintes, art. 24, inciso V.

¹⁸³ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Op. cit., p. 83.

setor privado, só participaria da cobertura assistencial as entidades sem fins lucrativos e o subsetor liberal, aquele que não dependesse de recursos públicos para seu custeio. A mudança no texto autorizando a participação do setor privado na prestação das ações e serviços de saúde quebrou a unicidade do sistema. Permitiu o desenvolvimento paralelo de um sistema privado com a possibilidade de participação de forma complementar deste no sistema público, sob contrato de direito público.

O reconhecimento da “natureza pública” implicava na exclusividade de atuação do setor público no segmento da saúde, sendo que atuação do setor privado somente poderia ocorrer por concessão ou permissão¹⁸⁴. O significado dessa exclusividade era o viés de estatização progressiva que não teve aceitação pela Assembléia Nacional Constituinte desde a fase da Subcomissão temática, sendo motivo constante de conflito durante todo o processo constituinte.

¹⁸⁴ SANTOS, Lenir. In: *Ibid.*, p.101-102.

CONCLUSÃO

A Reforma Sanitária brasileira, da qual uma parte importante era o reconhecimento constitucional do direito universal e igualitário à saúde, é um projeto ainda em realização, porque a proposta de construção de um sistema de saúde mais participativo, mais democrático, é, na sua essência, a proposta de construção de uma realidade social mais cidadã. E a cidadania não é uma realidade acabada. É uma construção social em dinâmica constante de aperfeiçoamento.

A ampliação das condições de exercício da cidadania implica uma conquista democrática. E a relação inversa é também verdadeira. Sem dúvida, o modelo de democracia desenvolvido pelo Movimento Sanitarista baseado na universalização do acesso à saúde, no fortalecimento do poder local e na gestão social do Sistema Único de Saúde significou um grande avanço no rumo da cidadania. E, nesse sentido, a luta pela institucionalização do direito à saúde significou a luta pela institucionalização da democracia.

O conflito é da natureza do processo democrático, e, no desenvolver do projeto da Reforma Sanitária, essa realidade foi aparente. Durante todo o processo constituinte, e ainda hoje, o conflito se expressa na luta entre forças reformadoras para garantir a saúde como um bem de caráter público e as forças conservadoras da sociedade capitalista, que buscam implementar suas políticas privatizantes, como uma lógica empresarial de concentração de renda e lucros.

A realidade desse conflito refletiu-se, por um lado, na limitação dos ganhos sociais e especificamente no não reconhecimento da natureza pública das ações e serviços de saúde, deixando essas atividades sujeitas à lógica empresarial do lucro. Por outro lado, o enfrentamento exigiu a reunião de

forças sociais que, assim, atingiram um estágio de articulação social jamais visto em momentos políticos anteriores em nosso país.

No tabuleiro do jogo político, a convocação da Assembleia Nacional Constituinte significou uma estratégia suficiente para garantir a transição do regime militar, permitindo a reorganização das estruturas democráticas sem, com isso, perder os espaços de poder conquistados. Mas, ao mesmo tempo, permitiu também que os segmentos sociais mais organizados e articulados em função de conquistas democráticas e da cidadania desenvolvessem suas próprias estratégias de luta contra-hegemônica, até então não previstas por quem ditava as regras daquele jogo.

A cidadania fez-se presente no processo constituinte desde o momento de deliberar a forma de distribuição do poder de decidir quanto aos temas e abrangência do texto constitucional, o Regimento Interno, até o momento último, em que as forças conservadoras quiseram tomar as rédeas do processo pela alteração do mesmo regimento, impondo uma hegemonia que não logrou ter para conduzir o processo em seu favor.

Foi dessa forma que o Movimento Sanitarista e posteriormente a Plenária da Saúde deram, assim como outras plenárias, um exemplo de que o exercício comprometido, articulado e solidário da cidadania é capaz de desenvolver a própria cidadania. É capaz de conquistar espaços sociais, definir políticas, criar estruturas normativas, inclusive de caráter constitucional. É capaz de limitar, de condicionar a atuação do Estado em função dos interesses sociais. O fenômeno da participação social na Constituinte de 1988 demonstrou em ato *“a cidadania modelando o Estado”*.

Entretanto, os avanços conquistados por meio de acordos e negociações não dispensam a mobilização constante para a manutenção das conquistas. Toda a estrutura jurídica de regulação do SUS, no que se refere

à forma de atuação quer do setor público quer do privado, restou para ser definida por meio de lei complementar.

O arcabouço jurídico do sistema foi inicialmente desenhado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 e pela Lei Complementar n. 8.042/90. Contudo, a forma inicial vem sendo constantemente aprimorada por meio de sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs). Essas normas têm como fim orientar a operacionalização em questões relacionadas a financiamento, administração de processos, forma e intensidade da participação popular; e há até NOBs que buscam explicar outras NOBs, formando um complexo normativo tão específico que comporta a discussão em um novo trabalho de pesquisa direcionado somente para o tema.

No momento da implantação do Sistema Único de Saúde, emergia a tendência política e ideológica neoliberal, em que a perspectiva da relação entre o Estado e a sociedade se dá em bases distintas daquelas idealizadas no projeto de Reforma Sanitária. As políticas de reforma do Estado concentraram-se em um conjunto de ações administrativas focadas na desresponsabilização do poder público com a manutenção e desenvolvimento de políticas sociais e econômicas voltadas para o desenvolvimento social.

O princípio da descentralização presente no SUS, cujo fim é a institucionalização dos governos locais e da participação popular no sistema encontrou forte resistência no processo de reforma administrativa do sistema de saúde inspirada no modelo inglês e desenvolvida pelo então Ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado, Bresser Pereira.

O argumento era o de que o processo de descentralização incompleto impedia que se definisse de maneira clara a relação entre a oferta e a demanda de serviços hospitalares. A dificuldade de controle e de

auditoria decorrente dessa realidade era o principal motivo dos altos índices de corrupção e da baixa qualidade dos serviços prestados.

A proposta de reforma consistiu na expansão da política de descentralização e municipalização com a transferência total da assistência médico-hospitalar de nível básico para a rede pública. Uma descentralização parcial, porque o financiamento ficou condicionado ao Sistema de Demanda de Serviços de Saúde com gerenciamento centralizado em uma secretaria do governo federal, sediada em Brasília.

A política de reforma resultou numa situação de subfinanciamento pela pulverização dos recursos escassamente repassados pelo governo central. Como consequência imediata, houve uma precarização do sistema, que se agravou com a adoção de uma política de terceirização. No conjunto, o SUS não foi capaz de atender à demanda mínima da população, que se viu obrigada a submeter-se ao atendimento no sistema de assistência médica suplementar.

São vários os aspectos possíveis de serem discutidos a respeito do processo de criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Cada qual demandaria estudos aprofundados que justificariam os esforços de pesquisa, bem como sua utilidade para o desenvolvimento do sistema.

Contudo, o indispensável é salientar o valor social e político do reconhecimento constitucional do direito à saúde, universal e igualitário, e o dever do Estado em garanti-lo por meio de políticas sociais e econômicas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. E também é preciso reconhecer que esse valor está na conquista desse direito, feita por meio da luta política em um ambiente absolutamente democrático que resultou na Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Celia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, Ago.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 abr. 2009.

_____, O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Ipea, 1998.

AMARANTE, Paulo. Apresentação. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, nº 81, p. 3-8, jan./abr. 2009.

BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. História constitucional do Brasil, 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf. Acesso em 03 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. VII Conferência Nacional de Saúde. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em: 13 nov. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em 13 nov. 2008.

BRASIL. Portal da Constituição Cidadã / 20 anos – 1988/2008. Anais da Assembléia Nacional Constituinte 1987/1988. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em 01.nov. 2008.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito constitucional e teoria da constituição, 7ª ed., 3ª reimpressão. Portugal – Coimbra: Almedina, 2003.

CORDEIRO, Hesio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, nº 2, 2004. Disponível em: HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-73312004000200009&ing=&nrm=iso. Último acesso em 09 2008. Doc:10.1590/s103_73312004000200009.

FELICIELLO, Domenico. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, nº 2, p. 62-67, abr.-jun.1992.

FLEURY, Sônia. A questão democrática na saúde. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury* (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 25-41.

_____, Cidadania, direitos sociais e Estados. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 91-112. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em 13 nov. 2008.

_____, O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Revista de Administração Pública*, v. 21, n. 4. Rio de Janeiro: out./dez. 1987.

_____, Saúde e democracia no Brasil: valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde. *XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del*

Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7 - 10 Nov. 2006. Disponível em: <https://repository.unm.edu/dspace/handle/1928/8964>. Acesso em 19-mar-09.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 61, Jun. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2009. doi: 10.1590/S0102-69092006000200010.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, nº 4, p. 7-25, jul. 1990.

MELLO, Carlos Gentile de. O sistema de saúde em crise, 2ª ed. São Paulo: Cebes-Hicitec, 1981.

MONCLAIRE, Stéphane (coord.). *A Constituição desejada: SAIC: as 72.719 sugestões enviadas pelos cidadãos brasileiros à Assembléia Nacional Constituinte*, v.1. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1991.

O'DONNELL, Guillermo. Transição democrática e políticas sociais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, nº 4, p. 9-16, out./dez. 1987.

OLIVEIRA, Mauro Márcio. *Fontes de informações sobre a Assembléia Nacional Constituinte de 1987: quais são, onde buscá-las e como usá-las*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1993.

OLIVEIRA, José Feliciano de; ALMEIDA, Zélia Araújo. *Constituição da República Federativa do Brasil e Anteprojeto Constitucional (elaborado pela Comissão Provisória de Estudos Constitucionais) comparação*. Porto Alegre: Fabris, 1987.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury* (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

_____, Direito à saúde, cidadania e Estado. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 45-59.

RODRIGUES, Leôncio Martins. *Quem é quem na constituinte: uma análise sócio-política dos partidos e deputados*. São Paulo: Oesp-Maltese, 1987.

_____, Partidos, ideologia e composição social. *Revista brasileira de ciências sociais*, v.17, nº 48, p. 31-47, fev./2002.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Reforma administrativa do sistema de saúde. Trabalho

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____, A via do parlamento. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury* (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-91.

_____, O "social" na Nova República. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, nº 4, p. 16-23, out./dez. 1987.

SARNEY, José. Discurso. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 29-31.

SANTOS, Lenir. O direito à saúde na ordem jurídica. *Universidade Estadual Paulista, Estudos e pareceres*, v.5, jan-dez 1994.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro,

v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jan 09. doi: 10.1590/S1413-81232007000200019.

SILVA, Pedro Luiz Barros. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. *Cadernos Fundap* – São Paulo, ano 3, nº 6, jul. 1983. Disponível em:<http://www.fundap.sp.gov.br/index.asp?link=publicacoes/cadernos/cad06/cadernos06.asp&linktitfigtxt=publicacoes/publicacoesfiguratxt.asp&linknoticia=publicacoes/publicacoesnoticias.asp&linktitfig=publicacoes/publicacoesfigura.asp>>. Acesso em 27 nov.2008.

SOUZA, Márcia Teixeira de. O processo decisório na Constituição de 1988: práticas institucionais. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2009.

Anexo 1

Comissões e subcomissões¹⁸⁵

1 – Comissão da soberania e dos direitos e garantias do homem e da mulher

- Subcomissão da nacionalidade, da soberania e das relações internacionais
- Subcomissão dos direitos políticos, dos direitos coletivos e garantias
- Subcomissão dos direitos e garantias individuais

2 – Comissão da organização do estado

- Subcomissão da união, distrito federal e territórios
- Subcomissão dos estados
- Subcomissão dos municípios e regiões

3 – Comissão de organização dos poderes e sistema de governo

- Subcomissão do poder legislativo
- Subcomissão do poder executivo
- Subcomissão do poder judiciário e do ministério público

4 – Comissão da organização eleitoral, partidária e garantia das instituições

- Subcomissão do sistema eleitoral e partidos políticos
- Subcomissão de defesa do estado, da sociedade e de sua segurança
- Subcomissão de garantia da constituição, reforma e emendas

5 – Comissão do sistema tributário, orçamento e finanças

- Subcomissão de tributos, participação e distribuição das receitas
- Subcomissão de orçamento e fiscalização financeirasubcomissão do sistema financeiro

6 – Comissão da ordem econômica

¹⁸⁵ BRASIL. Portal da Constituição Cidadã / 20 anos – 1988/2008. Panorama de funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte, comissões e subcomissões temáticas. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/constituicao20anos/o-processo-constituente/lista-de-comissoes-e-subcomissoes>. Acesso em 01.nov.2008.

- Subcomissão de princípios gerais, intervenção do estado, regime
- Da propriedade do subsolo e da atividade econômica
- Subcomissão da questão urbana e transporte
- Subcomissão da política agrícola e fundiária e da reforma agrária

7 - Comissão da ordem social

- Subcomissão dos direitos dos trabalhadores e servidores públicos
- Subcomissão da saúde, seguridade e do meio ambiente
- Subcomissão dos negros, populações indígenas, pessoas deficientes e minorias

8 – Comissão da família, da educação, cultura e esportes, da ciência e tecnologia e da comunicação

- Subcomissão da educação, cultura e esportes
- Subcomissão da ciência e tecnologia e da comunicação
- Subcomissão da família, do menor e do idoso

9 – Comissão de sistematização

10 – Comissão de redação

Anexo 2

Entrevista feita com 25 constituintes, entre membros titulares e suplentes, durante o período de funcionamento da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente¹⁸⁶

1. Como vê a situação da Saúde e o sistema de Saúde no Brasil

Caracteriza bem	Caracteriza razoavelmente	Caracteriza mal
6	12	7

2. Tem propostas específicas para a saúde:

Abrangentes	Parciais	Não tem
9	11	5

3. Como você vê a participação do setor público nas ações de saúde

Responsável principal	Coordenador	Responsável parcial
6	10	9

4. Como vê a participação do setor privado nas ações de saúde

Paralelo ao setor privado	Complementar, sob normas do setor público	Inconveniente
10	13	9

5. Conhece as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde

Concorda totalmente	Concorda parcialmente	Não
11	6	8

6. Por que participa dessa Subcomissão

Opção pessoal	À revelia	Interesse por outro tema da própria Subcomissão
10	9	6

¹⁸⁶ RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Op. cit.*, p. 59.

Anexo 3

Propostas de texto constitucional apresentado nas várias fases do processo, inclusive pré-constituente.

Doc. 1 – Capítulo da saúde do Projeto apresentado pela Comissão Afonso Arinos;

Doc. 2 – Proposta apresentada pelo Deputado Carlos Sant'Anna à 8º Conferência Nacional de Saúde;

Doc. 3 – Proposta apresentada pela CNRS na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente;

Doc. 4 – Anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente;

Doc. 5 – Emenda Popular apresentada pela Plenária da Saúde;

Doc. 6 – Proposta substitutiva apresentada pelo ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, ao relator Bernardo Cabral;

Doc. 7 – Texto final da Comissão de Sistematização

Doc. 8 – Proposta preliminar do Centrão

Doc. 9 – Texto aprovado no 1º turno do Plenário da ANC

Doc. 10 – Constituição da República Federativa do Brasil, outubro de 1988.

Doc. 1 – Capítulo da saúde do Projeto apresentado pela Comissão Afonso Arinos

CAPÍTULO III

DA SAÚDE

Art. 354 – O dever do Poder Público promover e atender saúde, como o estado de completo bem estar físico, mental e social de todos, garantindo-lhes condições ambientais e de saneamento.

Art. 355 – Compete à União e aos Municípios, com a elaboração da iniciativa privada:

I – promoção e atendimento da saúde, mediante serviços médicos de seguridade social, com base em recursos orçamentários dos Poderes Públicos e nos oriundos da seguridade social;

II – elaboração de um Plano Nacional de Saúde, comando unificado e execução descentralizada, visando à assistência universal de seus beneficiários.

Art. 356 – O Plano Nacional de Saúde abrangerá, entre outras iniciativas:

I – medicina social, compreendendo assistência médico-sanitária preventiva;

II – medicina curativa, compreendendo assistência médico-hospitalar e multiprofissional;

III – expansão dos serviços de atenção primária;

IV – reabilitação;

V – assistência odontológica preventiva e curativa;

VI – assistência farmacêutica;

VII – estímulo e amparo ao esporte e à educação física;

VIII – desenvolvimento da formação da carreira e da organização dos profissionais da saúde.

Parágrafo único – O Plano Nacional de Saúde estimulará o envolvimento da comunidade na proteção e manutenção da saúde.

Art. 357 – Compete ao Poder Público a organização de uma central de produção e distribuição de medicamentos, tornando-os acessíveis a toda a população. Será estimulada a produção no País, e por empresas nacionais, de todos os componentes farmacêuticos básicos.

Art. 358 – A lei disporá sobre a criação de facilidades para o transplante de órgãos, permitindo-se a sua remoção de cadáveres humanos, independentemente de autorização em vida, desde que não haja oposição da família.

Parágrafo único – Fica proibido o comércio de órgãos humanos.

Art. 359 – É instituída a caderneta individual de saúde, para registro da história clínica de seu portador, e as anotações serão de responsabilidade exclusiva dos profissionais ou dos serviços que o assistiram.

Art. 360 – A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, não menos de treze por cento do produto resultante da renda dos respectivos impostos, na manutenção e desenvolvimento da saúde pública.

Art. 361 – As empresas estatais e privadas dedicarão percentual de sua renda bruta em favor da educação e saúde de seus empregados

Doc. 2 – Proposta apresentada pelo Deputado Carlos Sant’Anna à 8ª Conferência Nacional de Saúde

Art. 1º - A saúde é um direito fundamental e inalienável de todos e dever do Estado.

Parágrafo único - Em relação à saúde todos são iguais, sem distinção de sexo, idade, raça, trabalho, credo religioso, convicções políticas ou de região do país que habite.

Art. 2º - Compete prioritariamente à União, em relação ao direito de todos à saúde:

- a) criar condições econômicas, sociais, políticas e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice;
- b) promover a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, assim como a promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e de amplo desenvolvimento da educação sanitária do povo;
- c) garantir o acesso universal, geral e gratuito de todos os brasileiros, independentemente de sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- d) garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar em todo o País;
- e) orientar sua ação para a socialização da medicina;

f) disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, que deverão se organizar como concessionárias de serviço público essencial.

g) disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de alimentos, produtos químicos, agrotóxicos, produtos biológicos e imunobiológicos e farmacêuticos;

h) definir a política nacional de saúde;

i) garantir correta e adequada política de saúde ocupacional e de proteção ambiental.

Art. 3º - lei especial disporá sobre a proteção e assistência à criança, à mulher, aos adolescentes e aos excepcionais.

Parágrafo único - À mulher será garantido o direito ao exercício de suas funções de cidadã e trabalhadora, em condições que lhe permitam preencher seu papel de mãe e sua missão social.

Art. 4º - lei especial disporá sobre a garantia por parte da União ao direito à proteção à saúde, estruturando todos os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde em sistema único, sob comando ministerial único, e mediante os seguintes postulados:

a) as ações de saúde deverão se desenvolver sob os princípios da universalização e equidade, de forma racionalizada, hierarquizada, regionalizada, descentralizada, referenciada e contra-referenciada;

b) a descentralização do sistema terá nas Unidades Federativas, os Estados, as unidades coordenadoras das ações de planejamento, execução e avaliação da política de saúde, cabendo aos Municípios papel predominantemente operacionalizador;

c) mecanismos de participação da sociedade organizada serão estabelecidos na formulação, controle da execução e da avaliação das políticas de saúde em todos os níveis do sistema;

d) estratégias gradualistas poderão ser implantadas, visando, prioritariamente, às populações carentes e aos grupos de risco, sendo a meta a universalização e a equidade absoluta entre todos os segmentos sociais e as diversas regiões do País.

Art. 5º - Anualmente, a União aplicará nunca menos de doze por cento da receita resultante de impostos na manutenção e desenvolvimento das ações do sistema único de saúde.

Doc. 3 – Proposta apresentada pela CNRS na Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente ¹⁸⁷

Art. 1º - A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do Território Nacional, sem qualquer distinção.

Parágrafo único – O direito à saúde implica em:

- I – condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;
- II – respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;
- III – informações sobre o risco de adoecer e morrer, incluindo condições individuais e coletivas de saúde;
- IV – dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;
- V – recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso, ou que represente grave e iminente risco à saúde, quando não forem adotadas as medidas de eliminação ou proteção aos riscos;
- VI – opção quanto ao tamanho da prole;
- VII – participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde e na gestão dos serviços.

Art. 2º - É dever do Estado:

- I – implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;
- II – assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde, pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, em todos os níveis;
- III – assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.

Art. 3º - O conjunto de ações de qualquer natureza, na área de saúde, desenvolvido por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado sua normatização e controle.

¹⁸⁷ BRASIL. Portal da Constituição Cidadã / 20 anos – 1988/2008. Anais da Assembléia Nacional Constituinte 1987/1988. Atas de comissões, p. 50. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/constituicao20anos/publicacoes/anais-da-assembleia-nacional-constituente>. Acesso em 01.nov. 2008.

§ 1º A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação intersetorial do Sistema Nacional de Saúde, constituindo-o como um sistema único segundo as seguintes diretrizes:

I – integração das ações e serviços, com comando político-administrativo único em cada nível de Governo;

II – integralidade e unidade operacional das ações de saúde, adequadas às realidades epidemiológicas;

III – descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios, de forma a definir como de responsabilidade desses níveis a prestação de serviços de saúde de natureza local ou regional;

IV – participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população na formulação e controle das políticas e das ações de saúde, em todos os níveis.

§ 2º - É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

Art. 3º - A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública far-se-á segundo necessidade definidas pelo Poder Público, de acordo com normas estabelecidas pelo Direito Público.

Art. 4º - O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas e os avanços científicos e tecnológicos, segundo critérios de interesse social.

Art. 5º - As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento científico, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde, subordinam-se a política nacional de saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6º - O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e parafiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos a gestão única, nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único – O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá, anualmente, a 12% das respectivas receitas tributárias."

Disposições transitórias:

1 – A Previdência Social alocará o mínimo de 45% da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde.

2 – Os recursos da Previdência Social destinados ao Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% do Produto Interno Bruto.

Doc. 4 – Anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente

DA SAÚDE

Art. 1º A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.

§ 1º O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.

§ 2º A lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo.

Art. 2º As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com os seguintes princípios.

I – comando administrativo único em cada nível de governo;

II – integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;

III – gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;

IV – participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

Art. 3º O Sistema Único é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

§ 1º Os Fundos Estaduais e Municipais são constituídos com recursos oriundos dessas unidades político-administrativas e do Fundo Nacional.

§ 2º Os dispêndios nacionais destinados à saúde não serão inferiores a dez por cento do Produto Interno Bruto.

Art. 4º As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.

§ 1º O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.

§ 2º O Poder Público pode intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, mediante justa indenização em moeda corrente.

§ 3º Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 5º As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Cabe ao Poder Público disciplinar, controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional. § 2º É dever do Estado exercer o controle das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de seu uso.

Art. 6º É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

Art. 7º A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

I – medidas, que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças profissionais e do trabalho;

II – informação a respeito dos riscos que o trabalho representa à saúde, dos resultados das avaliações realizadas e dos métodos de controle;

III – recusa do trabalho em ambientes que não tiverem os seus riscos controlados, com garantia de permanência no emprego;

IV – participação na gestão dos serviços relacionados à segurança e saúde, dentro e fora dos locais de trabalho;

V – livre ingresso, nos locais de trabalho, de representantes do sindicato, para ouvir os empregados respeito das condições de trabalho;

VI – acompanhamento da ação fiscalizadora referente à segurança, higiene e medicina do trabalho.

Art. 8º É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas. Parágrafo único. É permitida a divulgação científica de medicamentos e formas de trabalho junto aos profissionais de saúde.

Art. 9º É permitida a remoção de órgãos e tecidos de cadáveres humanos para fim de transplante, não havendo disposição contrária em vida do “de cujos” e nem manifestação proibitiva da família.

§ 1º A remoção dos órgãos e tecidos somente se dará após constatação da morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º É permitida a doação espontânea de órgãos por doadores vivos, maiores e capazes, cuja retirada não implique prejuízo à saúde.

§ 3º É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

Art. 10. Cabe à União legislar sobre o exercício de métodos alternativos de assistência à saúde.

Art. 11. Compete ao Estado, através de Sistema Único de Saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados no Território Nacional.

Art. 12. É proibida a prática da eutanásia.

Art. 13. Compete ao Poder Público prestar assistência integral à saúde da mulher, nas diferentes fases da sua vida; garantir a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de filhos, sendo vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo Poder Público e por entidades privadas; assegurar acesso à educação, à informação e aos métodos adequados à regulação de fertilidade, respeitadas as opções individuais.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 14. Os atuais recursos da Previdência Social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto.

Doc. 5 – Emenda popular apresentada pela Plenária da Saúde ¹⁸⁸

Art. 1º- A saúde é um direito inalienável da pessoa humana, sem qualquer fator de discriminação, sendo assegurado pelo poder público constituído a toda população do País.

§ 1º - Os direitos à saúde implicam nos seguintes direitos fundamentais:

I - acesso à terra e aos meios de produção;

II - condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;

III - respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;

IV - desenvolvimento do saneamento básico domiciliar, inclusive no caso de habitações subnormais até que seja realizada a sua total erradicação através da reforma urbana;

V - informação sobre os riscos de adoecer e morrer incluindo condições individuais e coletivas de saúde;

VI - dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;

VII - recusa ao trabalho em ambientes insalubres, perigosos ou que representem risco grave ou iminente, enquanto não forem adotadas medidas para sua eliminação sendo vedada qualquer punição ou redução de remuneração;

VIII - opção quanto ao tamanho da prole.

§ 2º - Todas as pessoas, independentemente da natureza de sua deficiência ou doença, gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta constituição.

Art. 2º - É dever do Estado:

I - implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde;

II - normatizar, executar e controlar o conjunto das ações e serviços destinados à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde como uma função da natureza pública;

¹⁸⁸ RODRIGUEZ NETO. Eleutério. *Op. cit.*, p. 224-226.

III - garantir o acesso universal, gratuito e igualitário às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis;

IV - assegurar a formulação, a execução e o controle da política nacional de saúde constituindo o sistema único de saúde, segundo as seguintes diretrizes:

a) integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada nível de governo;

b) integralidade e unidade na prestação das ações de saúde adequadas às localidades epidemiológicas;

c) descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios;

d) participação em nível de decisão de entidades representativas de usuários e profissionais de saúde na formulação, gestão e controle das políticas e das ações de saúde em todos os níveis.

Art. 3º - O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional de saúde.

Art. 4º - As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico para o setor saúde serão subordinadas aos interesses e diretrizes do sistema nacional de saúde.

Parágrafo único - A política de recursos humanos do sistema nacional de saúde garantirá aos profissionais de saúde:

- plano de cargos e salários com alternativa de carreiras;
- remuneração condigna;
- isonomia e equiparação salarial nos níveis federal, estadual e municipal com equiparação entre ativos e inativos;
- admissão através de concurso público;
- estabilidade no emprego;
- incentivo à dedicação exclusiva e tempo integral;
- capacitação e reciclagem permanentes;
- direito à sindicalização e à greve;
- condições adequadas de trabalho para a execução de suas atividades em todos os níveis.

Art. 5º - O poder público terá o monopólio da importação da matéria-prima químico-farmacêutica e organizará um sistema estatal de produção e distribuição, sob o princípio da soberania nacional, de componentes farmacêuticos básicos, medicamentos, produtos químicos, imunobiológicos, biotecnológicos, odontológicos, sangue e hemoderivados, estabelecendo uma relação básica de produtos com rigoroso controle de qualidade, visando suprir toda a demanda e torná-los acessíveis a toda população.

Parágrafo único • Fica proibido o comércio de órgãos e de elementos do corpo humano.

Art. 6º - O Estado garante o direito à proteção, à segurança e à higiene do trabalho. O processo produtivo será organizado de modo a garantir a saúde e a vida dos trabalhadores, cabendo ao serviço público de saúde e às organizações dos trabalhadores participar na formulação da legislação, fiscalizar e controlar as condições dos equipamentos dos ambientes e da organização do trabalho.

Parágrafo único - As pessoas que detêm o poder de decisão sobre a organização do processo produtivo serão responsabilizadas judicialmente pelos acidentes e doenças relacionadas às condições de trabalho.

Art. 7º - O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será promovido com recursos fiscais e parafiscais com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única através do Fundo Único de saúde nos vários níveis de organização do sistema nacional de saúde.

Parágrafo único - O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal corresponderá anualmente a treze por cento das respectivas receitas.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

I - As instituições sem fins lucrativos poderão ser chamadas a colaborar na cobertura assistencial à população sob as condições estabelecidas em contrato de direito público. A lei complementar define os parâmetros para que uma entidade sem fins lucrativos possa ser enquadrada nesse item.

II - A previdência social alocará o mínimo de quarenta e cinco por cento da

contribuição patronal ao fundo nacional de saúde.

III - Os recursos da previdência social, destinados ao financiamento do sistema nacional de saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a dez por cento do Produto Interno Bruto.

IV - Fica vedada a transferência dos recursos públicos para investimento ou custeio às instituições privadas com fins lucrativos na assistência à saúde. A compra transitória de serviços a estas instituições se dará mediante contrato de direito público.

V - Dentro de dez anos fica vedada a transferência, sob qualquer título, de recursos públicos às instituições com fins lucrativos na assistência à saúde.

Doc. 6 – Proposta substitutiva apresentada pelo ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, ao relator Bernardo Cabral

SUBSTITUTIVO DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. - A seguridade social, compreendendo seguro social, promoção e assistência à saúde e assistência social, será prestada com base nas seguintes diretrizes:

I - universalidade da cobertura;

II - prioridade na prestação de serviços e benefícios aos segurados de menor renda;

III - diversificação das fontes de financiamento;

IV - participação de representantes dos segurados e empregadores na gestão administrativa.

Art. - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, conforme dispuser a lei.

§ 1º - A União é responsável pela cobertura das eventuais insuficiências financeiras verificadas na seguridade social.

§ 2º - A folha de salários é base exclusiva da seguridade social e sobre ela não poderá incidir qualquer outro tributo ou contribuição.

Art. - Os planos de seguro social atenderão, nos termos da lei:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, velhice ou reclusão; II -

aposentadoria por tempo de serviço;

III - ajuda à manutenção de dependentes dos segurados de renda baixa; IV - proteção à maternidade, notadamente à gestante;

V - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário.

Art. - A promoção, a proteção e a recuperação da saúde serão exercidas com observância das seguintes diretrizes:

I - acesso universal e igualitário às ações e aos serviços;

II - comando administrativo único e planejamento do orçamento integrado em cada nível de governo;

III - execução descentralizada das ações e dos serviços pelos Municípios e Estados, conforme seu grau de complexidade e a estrutura administrativa local;

IV - controle público da operação através da participação dos usuários na gestão em todos os níveis;

V - responsabilidade do Estado pela normatização e controle das ações de saúde empreendidas pelo setor privado, bem como submissão da contratação desses serviços às normas de direito público.

Parágrafo único - Os recursos federais destinados à promoção, à proteção e à recuperação de saúde serão distribuídos aos Estados, Municípios e Distrito Federal, segundo critérios definidos em lei, baseados nas necessidades locais e na escassez de recursos públicos.

Art. - A assistência social destina-se àqueles que não dispõem de meios para se sustentarem, e será prestada independentemente de contribuição à seguridade social, voltada para:

I - proteção à família, à infância, à maternidade e à velhice;

II - amparo às crianças e aos adolescentes, órfãos, abandonados ou autores de infração penal;

III - promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - habilitação das pessoas portadoras de deficiência e promoção de sua integração à vida comunitária.

Parágrafo único - A execução das ações de assistência social será descentralizada para os Municípios, cabendo aos demais níveis de governo função normativa.

Art. - Nenhuma prestação de benefício ou serviço compreendidos na seguridade social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de

custeio total.

Art. - O orçamento da seguridade social será submetido à apreciação do Congresso Nacional, obedecidos os prazos e demais condições de tramitação do Orçamento da União.

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS:

Art. - A receita do fundo de Investimento social, Finsocial, criado pelo Decreto-Lei nº 1.940, de 25 de maio de 1982, passa a integrar os recursos da seguridade social, ressalvados, exclusivamente no exercício de 1988, os compromissos assumidos com projetos em andamento.

Art. - Os recursos para manutenção das atividades do Sesi, Sesc e do Senac serão transferidos pela União através, respectivamente, do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério do Trabalho, utilizando-se para talos recursos do Tesouro Nacional atualmente vinculados ao fundo de previdência e assistência social, além de recursos ordinários da União.

Parágrafo único - No exercício de 1988, o Ministério da Previdência e Assistência Social suprirá, com recursos oriundos de sua receita própria, a insuficiência eventual de transferências da União para as entidades de que trata este artigo.

Doc. 7 – Texto final da Comissão de Sistematização

Título VIII – DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 229 - A ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo a justiça social.

CAPÍTULO II – DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 230 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único - Compete ao poder público organizar a seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

I - universalidade da cobertura;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para os segurados urbanos e rurais;

III - equidade na forma de participação no custeio; IV- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

V - diversidade da base de financiamento;

VI - irredutibilidade do valor dos benefícios;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa.

Art. 231 - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.

§ 1º - As contribuições sociais a que se refere o caput deste artigo são as seguintes:

I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro, ressalvadas as contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários, destinadas à manutenção das entidades de serviço social e de formação profissional;

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 2º - São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 3º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, observado o disposto no artigo 174.

§ 4º - Nenhuma prestação de benefício ou serviço compreendidos na seguridade social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio.

§ 5º - O orçamento da seguridade social será elaborado de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, assistência e previdência social, obedecendo as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos orçamentários.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 232 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante

políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 233 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - comando administrativo único em cada nível de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas;

III - descentralização político-administrativa;

IV - participação da comunidade.

§ 1º - O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para investimentos em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

Art. 234 - Cabe ao poder público a regulamentação, a execução e o controle das ações e serviços de saúde.

§ 1º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada que poderá participar de forma supletiva do sistema único de saúde, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País, conforme dispuser a lei.

§ 3º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante e pesquisa, vedado todo tipo de comercialização.

Art. 235 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições que a lei estabelecer:

I - controlar e fiscalizar a produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, e dela participar;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde ocupacional;

III - disciplinar a formação e a utilização de recursos humanos e as ações de saneamento básico;

IV - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, cujos recursos terão administração unificada;

V - controlar e fiscalizar a produção e a qualidade nutricional dos alimentos;

VI - estabelecer normas para o controle e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;

VII - colaborar na proteção do meio ambiente.

Doc. 8 – Proposta preliminar do Centrão

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 225 - A proteção à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos, garantindo-se ao indivíduo o acesso universal às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrados num sistema nacional de saúde, regulamentado em lei complementar.

Parágrafo único - As ações e serviços de saúde serão financiados com recursos - orçamentários da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 226 - O sistema nacional de saúde é composto de órgãos públicos e privados que funcionam subordinados a uma Política Integrada de saúde, cabendo ao Estado a norma e controle das ações e serviços de saúde, e a execução, tanto aos órgãos públicos como aos privados.

§ 1º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma supletiva nas ações do setor público, mediante contrato definido em lei.

§ 2º - É assegurado ao indivíduo a liberdade de escolha ou de recusa dos serviços de atendimento à saúde.

Art. 227 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema nacional, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - comando administrativo único em cada nível de governo;

II - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas;

III - descentralização político-administrativa;

IV - participação da comunidade.

Art. 228 - Cabe ao setor público, além de outras atribuições que a lei estabelecer:

- a) fiscalizar e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunológicos, hemoderivados e outros insumos;
 - b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e saúde ocupacional;
 - c) colaborar na formação e na utilização de recursos humanos e nas ações de saneamento básico;
 - d) incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico;
 - e) exercer a fiscalização da qualidade nutricional dos alimentos;
 - f) estabelecer normas para o controle, e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;
 - g) colaborar na proteção do meio ambiente.
-

Doc. 9 – Texto aprovado no 1º turno do Plenário da ANC

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 226 - A ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça social.

CAPÍTULO II – DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 227 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único - Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equanimidade na forma de participação do custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação de trabalhadores, empresários, aposentados e da comunidade.

Art. 228 - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e outros recursos provenientes do orçamento da União, dos Estados, dos Territórios, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma da lei.

§ 1º - As receitas dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º - As contribuições sociais a que se refere o caput deste artigo são as seguintes:

I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 3º - Ficam ressalvadas as atuais contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários destinadas às entidades privadas de serviço social e formação profissional hoje existentes, vinculadas ao sistema sindical.

§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 174.

§ 5º - São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 6º - Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 7º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, obedecendo as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 8º - As contribuições que trata este artigo só poderão ser exigidas depois de decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado.

§ 9º - A pessoa jurídica em débito com a seguridade social, como estabelecido em

lei, não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 230 - As ações de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 231 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização com direção única em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 232 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e trata-

mento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão do sangue e seus derivados, vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 233 - Ao sistema único de saúde compete, nos termos da lei, além de outras atribuições:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, inclusive controlar seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho.

Doc. 10 – Constituição da República Federativa do Brasil, outubro de 1988.

Art. 195 - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º - As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orça-

mento da União.

§ 2º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º - A pessoa jurídica em débito com o sistema de seguridade social e com o estabelecido em lei não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefício ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º - Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º - As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b.

§ 7º - Serão isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º - O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus ao benefício nos termos da lei.

SEÇÃO II - DA SAÚDE

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 a 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, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebida e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.