

# A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal

*Amélia Cohn*

---

**Resumo:** O artigo traça um panorama da experiência da reforma do sistema de saúde do Brasil, a partir de meados dos anos 70, apontando seus constrangimentos de natureza estrutural e política, as estratégias políticas e sociais utilizadas, e as propostas da reorganização do sistema de saúde que hoje se concretizam no SUS – Sistema Único de Saúde, um dos maiores sistemas públicos de saúde de mundo. O eixo da exposição e da análise é dado pela constatação de que a Reforma Sanitária brasileira é um exemplo, na América Latina, de que um projeto alternativo para a saúde, democrático, universal, baseado nos preceitos da seguridade social, é viável, e uma vez deflagrado, difícil de ser obstruído pelas forças conservadoras de corte neoliberal.

## Introdução

O Brasil possui hoje um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo – o SUS (Sistema Único de Saúde), conquista da Reforma Sanitária brasileira. Ele foi consagrado pela Constituição Federal promulgada em outubro de 1988<sup>1</sup>, e regulamentado pelas Leis n° 8.080<sup>2</sup>, de setembro de 1990, e n° 8.142, de dezembro de 1990<sup>3</sup>.

---

### Instituições:

Universidade Federal do Rio de Janeiro, professora visitante

Universidade Católica de Santos, docente do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva

### Correspondence:

Amélia Cohn

Rua dos Franceses, 498 ap. 211F

Bela Vista São Paulo – SP - Brazil

CEP 01329-900

Phone/Fax: 0055-11-3284-57-15

e-mail: [amelcohn@uol.com.br](mailto:amelcohn@uol.com.br)

Mas até ser instituído e regulamentado, foi percorrido um longo caminho de lutas e mobilizações por parte das forças progressistas da sociedade brasileira; e após sua existência formal, tratava-se de implementá-lo contra os interesses já consolidados no interior da saúde e das elites políticas conservadoras que apoiavam as diretrizes das propostas das reformas conservadoras para o setor, que iam ao encontro de seus interesses econômicos, e que eram defendidas (quando não impostas) sob a liderança da ideologia das agências multilaterais.

Portanto, às vésperas de cumprir seus 20 anos, a experiência da Reforma Sanitária brasileira revela-se não só exitosa, como irreversível, porque já consolidada, com isso demonstrando que o modelo dos pacotes mínimos e das privatizações da atenção médica não são uma fatalidade para os países em desenvolvimento, mas ao contrário, que existem alternativas, e que elas são historicamente possíveis. Isto não significa afirmar, no entanto, que desafios não continuem a existir para se levar adiante as propostas que inspiraram os preceitos constitucionais de 1988, e que foram pautados pelo modelo da seguridade social.

Este texto fará um percurso do processo da Reforma Sanitária brasileira, começando por descrever os principais traços da realidade de onde se partiu quando do início do movimento; a seguir serão sistematizadas as principais propostas do movimento sanitário e principais etapas de sua implementação; e por fim, serão apontados os desafios atuais que o aperfeiçoamento do SUS enfrenta, dadas a extensão do país, a heterogeneidade e complexidade da sociedade brasileira, do próprio sistema de saúde brasileiro, as questões de gerenciamento e de financiamento, para além daquelas relativas à garantia do acesso universal da população aos serviços de saúde.

## **A situação de partida**

Até muito recentemente, o início dos anos 80 do século passado, as políticas de saúde no Brasil caracterizavam-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de previdência social, pelo menos em duas dimensões: no financiamento e na assistência médica individual. Disso decorrem dois fenômenos específicos do caso brasileiro no que diz respeito à saúde: a precocidade do processo de privatização dos serviços de assistência médica, com as conseqüências que daí derivam, e que teve início com o credenciamento de serviços médicos privados pelo sistema de previdência social já na década de 20 do século passado. E o acesso à assistência médica, por parte da população, restrito aos trabalhadores formais do mercado de trabalho, somente àqueles localizados na área urbana do país, à época enclaves dinâmicos da economia agrário exportadora, e posteriormente industrial.

É importante assinalar esses fatores porque eles constituem marcos fundantes da dinâmica e dos processos que até hoje devem ser enfrentados para que os preceitos e as propostas da Reforma Sanitária brasileira, tal como originalmente formulados nos anos 70 e 80, sejam levados avante, como se verá adiante. O primeiro ponto a ser destacado, então, consiste na vinculação entre previdência social e saúde, no caso brasileiro, de tal forma que a assistência médica se caracterizará no país como assistência médica da previdência social, cabendo aos serviços públicos estatais até os anos 70 somente as ações clássicas ao campo da Saúde Pública. Desse fato resultam três marcos desse perfil histórico do nosso sistema de proteção social, e que remontam à década de 20 do século passado.

### **Os três marcos do sistema de proteção social brasileiro**

*Do ponto de vista da economia política*, o sistema contributivo de previdência social se constituir, desde sua origem, como um mecanismo de captação de poupança privada dos trabalhadores assalariados para investimento em setores estratégicos da economia nacional, seja no período de constituição da economia nacional, seja no

período desenvolvimentista, seja na conjuntura atual de ajuste estrutural da economia.

*Do ponto de vista da economia da saúde*: a constituição precoce de um sistema privado de saúde no país, fruto da política de previdência social, que desde os anos 20 passou a comprar serviços de assistência médica para seus filiados e familiares, por meio de credenciamentos de serviços e de profissionais de saúde, e posteriormente por meio de contratos de convênios. Com isso, dentre os países da América Latina, o Brasil é aquele que contou com um complexo médico industrial dos mais consolidados e sofisticados já nos anos 60 e 70, conforme aponta o clássico estudo de Hésio Cordeiro<sup>4</sup>. Este sistema privado da saúde cresce e se consolida à sombra do Estado, que lhe garante uma clientela cativa – os segurados da previdência social – sem que o próprio Estado exerça o seu poder de maior comprador desses serviços, ditando normas de preço e de controle de qualidade dos serviços comprados, e muito menos regulando esse mercado, fenômeno recente, como se verá. Diante dessa clientela cativa, e do financiamento garantido pelo Estado, seja pela compra dos serviços prestados seja por meio de mecanismos de financiamento a juros baixos para a construção de infraestrutura hospitalar, consolidou-se no país um complexo médico hospitalar privado sofisticado, concentrado nos núcleos urbanos de maior porte, onde se encontrava a demanda preferencial para esse tipo de oferta – os trabalhadores assalariados do mercado formal de trabalho dos setores de ponta da economia, constituindo-se no país um sistema de saúde acentuadamente privatizado, desigual, distante das reais necessidades de saúde da população brasileira. Em resumo, um sistema de saúde que, ao invés de responder às desigualdades da realidade social e de saúde da sociedade brasileira, acabava por reproduzir essas desigualdades e iniquidades.

*Do ponto de vista da dimensão social propriamente dita*: por estar estreitamente vinculado à previdência social, e esta cobrir somente os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, o enraizamento no imaginário social e na consciência da grande maioria das classes assalariadas de que o direito à proteção

social – em particular o direito à saúde, concebido quase sempre como direito à assistência médica curativa – é um direito contributivo, e portanto não universal; ele só se estenderia, nesse sentido, a parcelas da população já inseridas no mercado formal de trabalho<sup>5</sup>. Isto significa que as conquistas da Reforma Sanitária brasileira – “a saúde como um direito de todos e um dever do Estado”, como dita a Constituição em seu artigo 196<sup>1</sup> – demandam ainda hoje um processo de incorporação, por parte da sociedade, do que isso significa, já que a experiência social da nossa sociedade, sobretudo aquela vivida pelos segmentos não ricos, já que os ricos dirigem-se ao “livre mercado” da medicina<sup>1</sup>, é a de só ter acesso aos serviços médicos em duas circunstâncias: ou aos serviços da previdência social, porque a ela são filiados porque para ela contribuem; ou aos serviços filantrópicos. Quanto aos serviços públicos estatais de saúde, a estes cabiam, até meados da década dos 70 do século passado, ações preventivas (vacinação), profiláticas, de educação e promoção da saúde, e de controle de doenças transmissíveis; mas não a assistência médica individual, esta restrita à previdência social e à filantropia.

### **Os principais pontos de enfrentamento**

Assim, no que dizia respeito ao sistema de saúde então existente em meados dos anos 70, quando teve início o movimento da Reforma Sanitária brasileira, o ponto de partida era extremamente desfavorável. Porque ele se caracterizava por ser um sistema de saúde acentuadamente privatizado, constituindo um complexo médico industrial; por ser eminentemente curativo; por estar concentrado nos núcleos urbanos, e nas áreas ricas desses núcleos; e portanto por reproduzir as características antidemocráticas de nossa sociedade: ser altamente desigual no acesso e na oferta de serviços; ser eminentemente curativo;

---

<sup>1</sup> As aspas justificam-se porque o mercado da saúde é subsidiado pelo Estado, seja pelo mecanismo de renúncia fiscal (desconto para fins de pagamento de imposto de renda dos gastos diretos com saúde ou com seguros e planos de saúde de pessoa física), seja porque nos casos de procedimentos mais onerosos os ricos – aqueles que podem ter acesso direto aos serviços privados de saúde por meio do mercado – acabam buscando e tendo acesso ao próprio SUS.

não ser regionalizado nem hierarquizado; enfim, não responder a nenhum dos requisitos clássicos apostolados pelos organismos internacionais como OMS e OPAS desde os anos 40 sobre quais os tributos que deveriam caracterizar os sistemas de saúde que respondessem às necessidades de saúde da população dos países então em desenvolvimento. E quanto ao sistema público estatal de saúde, este era destinado àquelas ações tradicionais da Saúde Pública de então, com programas verticalizados, centralizados, de caráter preventivo e não curativo.

Não bastassem as distorções desse sistema de saúde, na realidade composto por dois subsistemas que não se articulavam, mas que caminhavam em paralelo, deixando grande margem da população descoberta de qualquer forma de assistência médica (a não ser a de caráter filantrópico, e algumas pouquíssimas instituições públicas estatais hospitalares), havia uma profunda cisão entre assistência médica e assistência à saúde, ou saúde pública, do ponto de vista do seu financiamento e do seu gerenciamento.

### **Financiamento**

No que diz respeito ao financiamento, a assistência médica individual previdenciária era financiada com recursos da previdência social, que eram por ela administrados. A origem destes recursos era das contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e do Estado, acrescidas de outras fontes, como impostos específicos e impostos sobre jogos de azar e combustíveis. Destaque-se, neste caso, que o Estado, ao criar novos tributos para o pagamento de sua parte nos gastos com a previdência social, não assume para si esses encargos como onerando parte do orçamento fiscal (mais um vínculo da previdência social com o projeto de acumulação capitalista); e os empregadores repassam sua parte da contribuição para o preço final do produto sob a rubrica dos custos com “encargos sociais”. Já os recursos destinados às ações de Saúde Pública, estas são financiadas com recursos do orçamento fiscal, e, portanto, da União, onerando assim os cofres públicos. Cria-se com isso um duplo vínculo, na área da saúde, que vai ser um dos pontos centrais da luta da Reforma Sanitária

brasileira: o duplo comando da saúde entre a Previdência Social e a Saúde.

De fato, do ponto de vista institucional, a assistência médica previdenciária está, até os anos 80, sob o comando da Previdência Social, que em 1974, dada à magnitude de seu orçamento, passa a ter um ministério somente para ela, sendo que antes estava vinculada ao ministério da Indústria e Comércio, e posteriormente ao ministério do Trabalho (o que revela seu vínculo estreito com o processo e o projeto de acumulação de capital do país). Enquanto a Saúde Pública, por assim dizer, antes vinculada ao ministério da Educação, passa a contar com um ministério específico somente em 1953, e incorpora a assistência médica da previdência social somente em 1990, já após a instituição do SUS pela Constituição Federal de 1988. Tratava-se, portanto, de lutar para que a saúde tivesse um comando único na sua gestão, e não fosse mais vítima da dualidade entre ações coletivas e ações médicas individuais, com duas lógicas distintas de financiamento (uma financiada basicamente por contribuições dos beneficiários, e dispendo de recursos, e outra financiada com recursos fiscais, sempre escassos) e de atuação.

### **Gestão**

Do ponto de vista da gestão, tratava-se de uma lógica verticalizada, do nível federal para o local, centralizada, onde os estados e os municípios eram executores das políticas formuladas no âmbito nacional, sem nenhuma autonomia de ação. A duplicidade de comando entre a previdência social e a saúde repetia-se assim nas esferas subnacionais, tornando impossível a implementação de políticas que revertessem o quadro de desigualdade e desequilíbrio entre necessidades de saúde dos diferentes segmentos sociais e das diferentes regiões do país. Mas por outro lado, esse perfil verticalizado e centralizado das políticas de saúde, na área da saúde pública, possibilitou que as ações de prevenção, sobretudo no que diz respeito à cobertura vacinal, adquirissem ao longo da nossa história um alto grau de cobertura, sobretudo a partir das campanhas nacionais de vacinação, que permanece até os dias atuais, e que persiste após o processo de descentralização havido após 1988.

Do ponto de vista da gestão e da gerência dos serviços de saúde, sua maior marca era a inexistência de qualquer forma de controle público sobre as políticas de saúde, prevalecendo os critérios técnicos sobre qualquer forma de demanda social. Vale o registro aqui que sob a capa desses critérios técnicos muitas vezes, no quadro de uma ordem política estamental e clientelista, os poucos recursos do Ministério da Saúde eram distribuídos segundo interesses políticos particulares, em detrimento daqueles de ordem pública.

### **Contexto nacional e internacional**

Finalmente, o *contexto nacional e internacional*. No âmbito nacional, o que se verifica é o Brasil filiado às políticas de ajuste estrutural de sua economia na nova ordem global, seguindo os preceitos das agências multilaterais de financiamento das economias dos países emergentes, tendo como carros chefe reformas de cunho neoliberal da área social, em particular da saúde e da previdência social. Aquela defendida como uma necessidade de diminuição da dívida pública, e portanto de redução dos gastos fiscais, reduzindo a oferta de serviços a um pacote básico de serviços; e a da previdência social proposta como sendo necessária a sua privatização sob o modelo de poupanças individuais administradas por fundos privados, cujos recursos seriam aplicados lucrativamente para alavancar a taxa de investimento da economia. Em termos internacionais, tratava-se de contra argumentar e defender princípios e propostas para a reforma da saúde no país que iam no sentido oposto àquele ditado pelos organismos internacionais, e que brandiam como exemplos de sucesso em primeiro lugar a reforma chilena<sup>6,7</sup>, seguida das reformas à época em processo dos demais países latino americanos.

Em resumo, a Reforma Sanitária brasileira vai contra a corrente do ideário hegemônico nacional e internacional, dominado pelos preceitos neoliberais, numa conjuntura econômica estruturalmente desfavorável, e se defrontando com um sistema de saúde altamente privatizado, com interesses privados já cristalizados, e ele próprio já convertido num setor de acumulação de capital. Como fator favorável, conta-se com algo

precioso: a conjuntura política do país de luta pela redemocratização política, à qual o movimento sanitário se associa, e com isso ganha força.

### **As principais propostas e etapas**

#### **O movimento sanitário brasileiro**

O movimento sanitário brasileiro surge congregando um conjunto de forças sociais e de intelectuais que se articulam com as forças políticas mobilizadas em prol do processo de democratização do país dos anos 70. Ele teve origem no meio acadêmico (nos Departamentos de Medicina Social, também denominados de Medicina Preventiva ou de Medicina Comunitária, das Faculdades de Medicina, e nas Faculdades de Saúde Pública), incluindo aí os estudantes de Residência Médica, nos profissionais da rede pública de saúde, nas organizações sindicais dos trabalhadores de saúde e do setor produtivo, nos setores da Igreja Católica progressista, e em Ongs, e demais organizações, algumas delas na origem dos partidos políticos que surgiriam no final daquela década.

A mobilização ocorria em duas grandes frentes. Uma delas consistia na produção de conhecimento, voltada à instrumentalização da luta política, à elaboração de diagnósticos sobre as iniquidades da situação de saúde da sociedade brasileira e os desequilíbrios do sistema de saúde do país. Para tanto, a inovação era a perspectiva de análise, tal como ocorria à época em toda a América Latina: a incorporação da perspectiva marxista nos estudos sobre saúde, em oposição à perspectiva funcionalista até então monopólica. Daí deriva a importância da produção latinoamericana em Medicina Social para a produção brasileira desse período, ao que se associou uma feliz situação: a existência de um volume de estudos expressivos sobre nossa realidade, sobre as políticas sociais e seu lugar no processo de acumulação e de dominação brasileiro ao longo da nossa história.

A segunda frente consistia na mobilização dos setores organizados da sociedade em torno da democratização da saúde em vários espaços de ação, desde aqueles de âmbito profissional da saúde e de ensino, até sindicais, organizações

eclesiais de base, movimentos sociais, movimentos populares por saúde, etc. E vale registrar que inúmeras dessas lideranças de meados da década de 70, várias delas então militantes de partidos clandestinos, posteriormente tornaram-se – vários até os dias de hoje – lideranças parlamentares expressivas militantes da área da saúde.

O interessante a notar é que embora a produção do conhecimento e a militância em torno da democratização da saúde se dessem em torno da negação do *status quo* vigente e das propostas de reforma conservadoras para o setor, essa postura crítica não impediu que ela viesse acompanhada de uma proposta de reforma sanitária progressista e altamente inovadora para o setor, a tal ponto que quando da Constituição de 1988 a saúde era o setor que apresentava um modelo de sistema e de organização de serviços e um conjunto de princípios e de diretrizes que o norteava o mais completo dentre todas as demais áreas sociais.

#### **Qual o modelo de saúde a ser desenvolvido?**

O modelo de sistema de saúde proposto é o SUS – Sistema Único de Saúde - organizado de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada e integrada; e os princípios e diretrizes são a universalização, a equidade, a integralidade, e a gestão democrática, com o exercício do que se convencionou denominar de controle social.

Nesse sentido, como apontam Viana e Dal Poz<sup>8</sup>, o caso brasileiro caracteriza-se por ser uma reforma do sistema de saúde do tipo *big bang*, na medida em que introduziu mudanças significativas no modo de operação do sistema de saúde então vigente no país, passando a partir de 1988 a vigorar: o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização com autonomia do poder local para a gestão dos seus respectivos sistemas de saúde, e um novo formato de organização dos serviços de saúde sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, configurando-se assim um novo modelo de atenção à saúde. Para se implementar esse novo modelo, foi criado um novo sistema nacional de saúde - o SUS - descentralizado, com comando único em cada nível de governo (nacional, estadual e municipal), e foram adotadas

novas formas de gestão, com Conselhos de Saúde em cada um desses níveis, com composição paritária entre governo e usuários, e com poder deliberativo.

Os primeiros diagnósticos e estudos no campo do que hoje se denomina no país de Saúde Coletiva foram responsáveis pelos embriões da formulação do esquema institucional desse novo sistema de saúde que foi sacramentado na constituição brasileira de 1988. Outras instituições, congregando outras forças sociais, que não acadêmicas, somaram seus esforços nesse sentido, como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), com grande capacidade de penetração e mobilização junto aos profissionais de saúde dos serviços públicos, os denominados “sanitaristas”, e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), esta sim também vinculada ao mundo acadêmico, como o próprio nome diz, mas com enorme capacidade de mobilização. Mas foi a VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>9</sup>, de 1986, o grande marco que selou as propostas e diretrizes do que viria a constar da carta magna brasileira, dois anos depois. Presidida pelo saudoso e brilhante sanitaria, acadêmico e político Sérgio Arouca, o evento congregou milhares de militantes da mais variada origem e representantes do poder legislativo, e dela saiu o documento fundamental que norteou a ação da Assembléia Nacional Constituinte.

### **Estratégia política do movimento sanitário**

Mas qual a estratégia política adotada pelo movimento sanitário? A Reforma Sanitária brasileira foi liderada, basicamente, por duas forças políticas então presentes na frente democrática daquele período, já no final dos anos 70 e início dos 80: o PCB (Partido Comunista Brasileiro), na clandestinidade, e o então recém criado PT (Partido dos Trabalhadores), com estreitos vínculos com os sindicatos dos setores de ponta da região metropolitana paulista, com setores progressistas da Igreja (sobretudo dos movimentos eclesiais de base) e com os movimentos populares. A hegemonia do movimento sanitário, no entanto, coube aos comunistas, que nessa condição impuseram sua estratégia: como partido de quadros, ao contrário do PT que se propunha ser um partido de massas,

optou pela estratégia de ocupação de espaços no interior do aparelho do Estado, em todos os níveis de governo. À época se internamente ao movimento essa diferença de estratégias – mobilização “para fora” ou “ocupação de espaços” gerava tensões, elas acabaram por se complementar, uma vez que enquanto a ação dos petistas conquistava o apoio social ao movimento sanitário, os comunistas avançavam institucionalmente nas medidas em pro das propostas do SUS a partir do aparelho do Estado. Vale um registro, aqui, que auxilia na continuidade da implantação do SUS o fato de que em boa parte dos egressos do partido comunista vinculados à luta sanitária restou ainda o velho hábito, e eles continuam a girar pelas cadeiras do aparelho de Estado, o que se traz alguns problemas, por outro lado pode ter a vantagem de garantir minimamente a continuidade dos preceitos das propostas originais da reforma.

Pode-se afirmar, nesse sentido, que o movimento político da Reforma Sanitária brasileira deu-se em três grandes frentes: uma, implementando inovações progressivas no sistema de saúde a partir do interior do próprio aparelho de Estado; outra, no âmbito do Legislativo, negociando o texto constitucional; e a terceira, junto à sociedade, mobilizando os profissionais de saúde, os trabalhadores e os movimentos populares. E nesse processo havia certa divisão de trabalho: no âmbito institucional, a primazia cabia às lideranças e aos militantes comunistas, enquanto na mobilização das massas e das forças populares, a primazia era dos militantes petistas. Com isso, apesar de discordâncias quanto à estratégia política e a concepções de fundo sobre as quais se baseavam os princípios e as diretrizes da Reforma Sanitária – poder-se-ia dizer uma de cunho mais social-democrata (a primeira) e a segunda de cunho mais socialista – ambas confluíram para o sucesso da instituição do SUS com seus preceitos e diretrizes calcados no conceito de seguridade social.

De fato, esse foi o grande salto qualitativo que consiste na marca da Reforma Sanitária brasileira: o fato de a saúde estar concebida, a partir de 1988, como parte do sistema de seguridade social brasileiro, nos moldes dos sistemas europeus. Fato surpreendente, já que se está no final da década de

80, quando a avalanche neoliberal ataca inclusive estes sistemas, buscando seu desmonte. Daí a razão do título deste artigo: de fato a Reforma Sanitária brasileira representa no nosso caso a derrota do modelo neoliberal.

### **O SUS – Sistema Único de Saúde -**

O SUS é um sistema universal, gratuito, de acesso à atenção integral à saúde, com equidade. Enquanto modelo de atenção, ele é regionalizado, hierarquizado e descentralizado. Embora criado somente em 1988, ele começou a ser construído já no período de redemocratização do país, viabilizado pela estratégia política adotada pelo movimento sanitário. A ocupação de postos estratégicos no interior do aparelho do Estado por parte dos “reformistas” possibilitou que uma série de medidas anteriores a 1988 fossem adotadas no âmbito das políticas de saúde, e que ao se configurarem como passos decisivos na preparação da implantação do SUS a partir daquele ano, facilitaram sua realização. A maior parte delas diz respeito a medidas preliminares no processo de fortalecimento do setor público de prestação de serviços de atenção à saúde, a partir da compra, por parte da previdência social, desses serviços para seus beneficiários, fato inédito até então; outra diz respeito à descentralização da operação do sistema, não mais tão verticalizado, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), antes da Constituição de 1988, que embora ainda sob o comando da previdência social, acabou intensificando as iniciativas voltadas à descentralização e universalização do sistema de saúde; outra ainda diz respeito à introdução de novas formas de remuneração da prestação de serviços de assistência médica aos beneficiários da previdência social (para o setor público e privado) levando a uma maior racionalidade do sistema de pagamento.

No entanto, uma vez criado e regulamentado o SUS pelas leis já citadas do ano de 1990, tratava-se agora de colocá-lo em prática. Os desafios não eram – como continuam não sendo – pequenos. No entanto, a partir de então, eliminado o duplo comando da saúde entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde, este se fortalece e passa a operar o sistema a partir de

portarias (leis ministeriais), que foram denominadas de Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), que a partir do ano 2000 passaram a se denominar de Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). As primeiras tratavam fundamentalmente da questão da descentralização, normatizando esse processo, atribuindo funções e atribuições às distintas unidades da federação, bem como regulamentando critérios para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas subnacionais, e criando instituições de negociação entre essas esferas; já as segundas destinavam-se mais à questão da regionalização da assistência à saúde, cuidando de criar um maior equilíbrio nas desigualdades regionais.

Nesse ponto merece destaque uma medida de impacto no que diz respeito aos mecanismos de repasse de recursos da esfera nacional para as esferas subnacionais. Até o momento o repasse de recursos era realizado a partir de duas bases de cálculo - ou pela oferta de serviços (infra-estrutura instalada) ou pela produção - por vezes acrescida de alguma outra de menor peso; a partir de 1998 esse paradigma de transferência de recursos muda, e ele passa a ser automático com base em um valor fixo *per capita* para procedimentos com atenção básica (ações individuais ou coletivas); com isso o Ministério da Saúde passou a garantir as transferências de recursos mensais para os municípios, regulares e automáticas, diminuindo as desigualdades e eliminando as contingências de ordem política tanto na garantia quanto no destino desses recursos, fortalecendo o papel do poder local na administração de seu sistema de saúde. A partir desse PAB (Piso Assistencial Básico) evoluiu-se para o seu desdobramento. Com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), ele passa a se denominar Piso da Atenção Básica, e se desdobra em fixo (um mesmo valor nacional *per capita*) e em variável, que se transforma num instrumento de transferência de recursos de programas prioritários do governo federal, como o PSF, parte da Assistência Farmacêutica e do Programa de Controle das Carências Nutritivas. A introdução desse novo mecanismo de repasse de recursos, convivendo com os anteriores, aprofundou o processo de descentralização da saúde no país, fortalecendo os princípios do SUS, em especial a universalidade dos serviços e a

equidade e a integralidade na sua prestação, e fortaleceu a gestão do poder local sobre a saúde, uma vez que a totalidade dos 5.604 municípios brasileiros recebe transferências diretas de recursos do governo federal.

### **PSF como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde**

Por outro lado, com a introdução do Programa Agentes Comunitários de Saúde, em 1991 e do PSF, em 1994 que começaram a ser implantados nas regiões mais pobres do país, verificou-se nessas localidades uma queda significativa da mortalidade infantil e um aumento expressivo da cobertura de serviços básicos de saúde, como porta de entrada para a atenção à saúde de maior nível de complexidade. A partir de 1994 o PSF expande-se de forma acelerada por todo o território nacional, incluindo as grandes metrópoles, estando hoje presente em todos os municípios brasileiros, e constituindo um dos programas de saúde prioritários do nível federal, desde sua criação.

E aqui valem dois registros importantes. O primeiro deles diz respeito ao fato de o PSF consistir numa estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, enquanto uma política de saúde, e não um programa de saúde em si. Por meio dele o que se busca é alterar o modelo operado pelo SUS, pois se trata, segundo documentos oficiais, “de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde”, que acompanham um número definido de famílias residentes numa área geográfica delimitada. Essas equipes tratam da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças mais frequentes e de agravos à saúde, e da manutenção da saúde da comunidade, desenvolvendo as ações próprias da atenção básica à saúde.

Com isso introduz-se uma grande inovação, que acompanha a nova forma de repasse de recursos acima mencionada, com o PAB, que reduz as desigualdades de financiamento do nível nacional para as esferas subnacionais, e que significa uma busca ativa dos serviços de saúde da demanda da

população, expandindo assim a cobertura, para além dos limites das suas instalações. O objetivo é não só expandir a cobertura – e portanto a universalidade do SUS – mas torná-lo mais efetivo e racionalizar seu funcionamento no sentido de tornar a atenção básica efetivamente a porta de entrada para o sistema de saúde, cabendo a ela a saúde da comunidade. A prioridade dada ao PSF, desde sua criação, envolvendo, portanto, governos de distintos partidos, é tal que se verifica uma ampliação extremamente acelerada do número de equipes por todas as áreas e regiões do país. E se a estratégia utilizada foi no início a de começar a implantá-las nas áreas de maior pobreza, hoje o PSF está espreado por todo o território nacional, abarcando inclusive áreas de renda diferenciada, até porque a segregação espacial, sobretudo nas áreas metropolitanas, não é tão rígida assim.

Mas o segundo registro que merece destaque talvez seja o mais importante e instigante. O fato de o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e principalmente o Programa Saúde da Família, dado ser este prioritário, não poderem de forma alguma ser confundidos com o clássico “pacote básico” preconizado pelas agências internacionais tipo Bird<sup>10</sup>. De fato, o que chama a atenção, no caso brasileiro, é o fato de não só na saúde, mas também nas demais políticas sociais, como no Programa Bolsa Família, por exemplo, eles não se configurarem como “pacotes básicos” exatamente porque a área social está calcada, desde 1988, nos preceitos da seguridade social, e como tal os benefícios e serviços sociais estão calcados na concepção de direitos sociais, em que pese à herança histórica desfavorável da cidadania regulada, apontada logo no início deste texto. É isto que faz com que a proposta do PSF não se transfigure numa estratégia de redução dos custos para o Estado do provimento de assistência básica à saúde para os pobres, deixando para o mercado e a responsabilidade individual e familiar a cobertura dos demais riscos e agravos à saúde. Claro está que dada à complexidade da realidade social brasileira a questão da integralidade e da equidade do acesso ainda constitui um desafio a ser enfrentado no cotidiano, sobretudo porque requer investimentos de infra-estrutura em equipamentos de maior complexidade para o setor. Porém, é o que vem sendo feito, apesar dos



constrangimentos de ordem orçamentária. E com isso introduz-se a questão do financiamento.

### **O SUS e o financiamento da saúde.**

O financiamento da saúde no Brasil combina várias fontes de recursos, sendo que expressivos 2/3 deles são de origem pública, e os restantes 1/3 provenientes de recursos privados. Aquele volume de recursos públicos não contabiliza transferências indiretas do setor público para o mercado privado através de mecanismos de renúncia fiscal do Estado, forma indireta de subsídio público para o setor privado da saúde, e que significa descontar dos encargos fiscais devidos ao Estado os gastos diretos com pagamento de serviços médicos e planos e seguros de saúde privados (o que também ocorre no caso da educação). Dessa forma, é muito expressiva a participação dos recursos públicos no financiamento da saúde, obedecendo-se assim a Constituição Brasileira de 1988, que em seu artigo 198<sup>1</sup>, parágrafo único, reza que “o Sistema Único de Saúde será financiado ... com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Assim, esses recursos para o financiamento público da saúde encontram-se constitucionalmente vinculados ao Orçamento da Seguridade Social, que compreende Previdência Social, Saúde e Assistência Social.

Os recursos da Seguridade Social, por sua vez, têm como fontes financeiras mais significativas recursos de origem tributária e fiscal, no geral arrecadados sob a forma de “contribuições”, para não se configurarem como novos impostos, e com isso terem que passar por tramites legais e institucionais que implicassem maioria absoluta no Congresso Nacional, porque exigiriam mudanças constitucionais. A título de exemplo, foram os casos da criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, substituído em 1997 pela Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), instituída como recurso de emergência diante do estrangulamento do orçamento da saúde, dado o imposto inflacionário que agravava a escassez de recursos orçamentários disponíveis para o setor. Instituído sempre por meio de Emendas Constitucionais, instrumento da prerrogativa do Executivo, tendo que ser

posteriormente aprovada pelo Legislativo, a CPMF foi sendo sucessivamente re-editada, embora tendo seus recursos destinados também para outras áreas sociais, não mais exclusivamente para a saúde, até que recentemente, em dezembro de 2007, foi revogada pelo Congresso Nacional.

Note-se que a CPMF configurava-se como um dos tributos fiscais mais justos do país, porque progressivo: como um “imposto do cheque” (era assim conhecido) só incidia sobre quem tinha acesso ao sistema financeiro. E foi exatamente por isso que foi vetado pela oposição no Congresso Nacional, num segundo mandato de um governo progressista, que conquistou definitivamente a estabilidade da economia, a retomada do crescimento (embora modesta), a recuperação do crescimento (modesto) do emprego formal, e uma enorme expansão das políticas sociais de perfil redistributivo.

### **O orçamento da saúde**

No ano de 2007, o orçamento executado do Ministério da Saúde<sup>11</sup> foi de R\$ 40 bilhões de reais (US\$ 23,4 bi) para atender, em tese, os 183 milhões de brasileiros; no entanto, cerca de 40 milhões de brasileiros (os cálculos nunca são precisos) possuem algum tipo de cobertura privada de seguro saúde, o que permite calcular que seriam na realidade 143 milhões de brasileiros. Mas note-se que para aqueles 40 milhões vinculados ao subsistema supletivo de assistência médica, para este mesmo ano, foram gastos R\$ 60 bilhões de reais (US\$ 35,1 bi). Portanto, é um mito que a iniciativa privada da saúde é mais barata que a pública, ou que o mercado aloca melhor seus recursos do que o Estado!

Para que se entenda bem essa disparidade de custos da assistência à saúde, e de gastos entre o setor público e privado da saúde, é necessário que se introduza aqui – e de propósito foi deixado para se fazer isto só neste momento – a caracterização mais ampla do sistema de saúde brasileiro. Ele é composto de dois subsistemas: o SUS, o subsistema público de saúde, e o subsistema supletivo de assistência médica. É a este subsistema que se destinam os recursos privados para a saúde, na sua grande maioria subsidiados

pelo Estado pelo mecanismo estatal da renúncia fiscal, fazendo com isso que uma política estatal de natureza fiscal acabe por viabilizar um mercado privado para a saúde – regulado pelo Estado, como se verá - ao mesmo tempo em que as forças políticas mobilizadas em torno da saúde busquem garantir recursos para o financiamento do setor.

Nesse sentido vale registrar a importância da iniciativa da CPMF, embora esses recursos, apesar de na sua grande maioria estarem vinculados à saúde, não terem significado sua ampliação no mesmo montante da sua arrecadação, uma vez que o que se verificou foi muito mais uma substituição de fontes de recursos do que a expansão dos mesmos, dada a conjuntura econômica desfavorável da política econômica de ajuste estrutural da economia. Mas veio em socorro do setor o Projeto de Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), aprovada como Emenda Constitucional em 2000, que introduz importante alteração na forma de financiamento global do sistema de saúde. Essa emenda definiu regras para a participação das três esferas do governo no financiamento do setor (níveis nacional, estadual e municipal): no nível federal, os gastos com saúde serão reajustados, no mínimo, pela variedade nominal do PIB; e parte dos orçamentos dos estados e dos municípios estará obrigatoriamente vinculada à saúde – no mínimo 7% do orçamento, devendo chegar a 12% e 15%, respectivamente, até 2004; e esse intervalo para se atingir esse teto ser reduzido em um quinto a cada ano. Atingido esse patamar, isso não só significou um aporte significativo de recursos para o setor, como tornou mais estáveis esses recursos, até então sujeitos aos ataques – como de resto toda a área social – dos contingenciamentos ditados pelas necessidades das políticas de ajuste estrutural e de estabilização econômica que vinham sendo adotadas, e que no Brasil ainda estavam passando por um período de transição para um modelo menos ortodoxo.

Mas, uma vez garantido esse patamar mínimo, num nível bastante mais elevado de recursos para o setor da saúde (embora, claro, sempre insuficientes frente à demanda e às necessidades de saúde historicamente reprimidas) restava ainda combater uma outra frente: o mercado privado da saúde.

### **A regulação do setor saúde**

Os governos neoliberais do início dos anos 90 adotaram, paralelamente às privatizações das empresas estatais e ao dismantelamento do Estado, por meio das terceirizações, as agências de regulação como mecanismo de “disciplinar” o mercado em áreas estratégicas, até então sob o domínio do Estado-empresário, herança do período desenvolvimentista.

Na saúde não foi diferente. Foram criadas como autarquias vinculadas ao Ministério da Saúde a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, com o objetivo de ser uma agência reguladora do controle sanitário sobre a produção e comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária; e no ano 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a função de regular as operadoras setoriais da assistência suplementar de saúde, em defesa do interesse público. Apesar de todo o debate que vem sendo travado a respeito da capacidade dessas agências reguladoras serem efetivamente capazes de regular o mercado, sobretudo nesses casos de mercados imperfeitos, o fato é que elas vêm, no caso específico brasileiro, se revelando num instrumento a mais para trazer para a esfera pública a discussão e o debate sobre os interesses privados e públicos em jogo no caso da saúde, possibilitando conquistas expressivas, como a ampliação da cobertura de assistência a doenças pelos planos e seguros de saúde, antes não contemplados pelos contratos.

E elas tornam-se tão mais importantes dadas a diversidade e a complexidade desse subsistema supletivo de assistência médica, que compreende várias formas de organização, como empresas médicas (as medicina de grupo), cooperativas médicas; autogestão; seguro saúde; e planos de saúde, sendo que a principal tensão que ocorre é entre as operadoras e as prestadoras de serviços (as empresas privadas de assistência médica e de serviços de diagnóstico e terapêutica).

### **Novas formas de gestão e controle público**

A partir do SUS, portanto com a Constituição de 1988, a saúde passou a contar com instâncias de participação da sociedade civil na gestão da saúde. São os Conselhos de Saúde – Nacional, Estadual, e Municipal – com composição paritária entre

governo e sociedade e deliberativos, condição para que estados e municípios recebam os repasses de recursos federais. As unidades de serviços, embora não seja obrigatório, podem contar também com conselhos gestores. De início a presidência desses conselhos era exercida pelo ministro ou secretário de saúde; mais recentemente, ela vem sendo exercida por outros representantes, não raro por membros da comunidade.

Além desses Conselhos, há ainda o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, que não constam do organograma oficial do SUS, mas que estão alocados junto ao Ministério da Saúde, e que funcionam como instâncias intermediárias de negociação entre as unidades da federação no que diz respeito não só às questões relativas à equidade federativa na distribuição de recursos, mas também às questões mais gerais das políticas de saúde. Esses espaços vêm se transformando, cada vez mais, em preciosas instâncias de consolidação de uma prática democrática de decisão entre gestores responsáveis pelos seus respectivos sistemas de saúde, já que são compostos exclusivamente por eles, sem participação da sociedade. Mas no caso brasileiro, dada a diversidade do tamanho e da riqueza dos municípios, esses espaços de se congregarem gestores tornam-se extremamente importantes para trocas de experiências e formulação de pautas de negociações junto às instâncias superiores (estaduais, no caso dos poderes locais, e nacional, no caso dos estaduais).

Além disso, a existência desses mecanismos de exercício do controle público previstos na Constituição Brasileira como componente do SUS possibilitou a emergência de inúmeros novos atores e sujeitos sociais mobilizados em torno da questão da saúde. De fato, a partir de 1988, o que se verificou no país foi uma multiplicação acelerada de novos atores sociais, que extrapolaram os quadros dos segmentos organizados da sociedade, e passaram a abranger inclusive usuários dos serviços de saúde, que a partir dessa experiência começaram a atuar junto aos movimentos sociais de saúde, transformando o Brasil num grande laboratório de experiências de participação social da mais variada natureza.

Da mesma forma, a participação dos profissionais de saúde nessas instâncias deliberativas, os Conselhos Gestores, também introduziram uma outra cultura nos serviços de saúde. Ela tende a tornar o trabalho desses profissionais menos burocratizado, mais comprometido com o público, e menos corporativo, embora seja de domínio público que é a burocracia aquele setor da sociedade que mais resistências tende a opor a qualquer tipo de mudança na sua forma de atuação e de comportamento.

Se um balanço dessas experiências, quer da perspectiva da maior autonomia local para a gestão dos próprios sistemas de saúde, fruto do processo de descentralização que se verificou a partir de então; quer da perspectiva da democratização da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde, com a introdução do exercício do controle social, aponta para avanços significativos, ela aponta também para um longo caminho ainda a trilhar. Mas não resta dúvida que o fato mais positivo que se verifica é que com a implantação do controle público sobre a política de saúde e sobre a gestão da saúde, o que se verifica é a ampliação e a possibilidade do fortalecimento do espaço público na sociedade brasileira, condição para a democratização da saúde e da sociedade.

### **Conclusões. Para onde caminhar?**

Apesar de já estar em idade adulta, completando em outubro deste ano 20 anos de idade, o SUS ainda é um processo em construção. Nessa sua trajetória ele teve que enfrentar períodos de instabilidade de recursos financeiros, resistências para a mudança dos paradigmas assistenciais do sistema de saúde então vigente – de um modelo de atendimento à demanda espontânea para um modelo com presença mais ativa da promoção da saúde da prevenção de enfermidades, tendo ainda que suplantar dificuldades decorrentes de um processo de gestão complexo proveniente do processo de descentralização, que por vezes deixou indefinida a divisão de responsabilidades entre as três instâncias de governo – nacional, estadual e municipal.

Por outro lado, nesse período ampliou-se muito a esfera de atuação do Ministério da Saúde, que

passa a implantar programas nas áreas de assistência odontológica, da saúde da mulher, do idoso, do trabalhador, das DST/AIDS, introduz os medicamentos genéricos, e incrementa programas de combate à mortalidade infantil, à desnutrição, às moléstias infecto contagiosas, para além de tantas outras ações. A abrangência de serviços gratuitos do SUS é notável: vai desde vacinação até transplantes de órgãos e tecidos.

O ponto de partida era caracterizado por um sistema de saúde eminentemente privado, com financiamento eminentemente público. Atualmente essa realidade vem sendo invertida: basta ver que enquanto em 1995 a relação leitos públicos/1000 habitantes era de 0,71 para uma relação de leitos privados/1000 habitantes de 2,29, em 2005 ela passa a ser de 0,84 para 1,19<sup>12</sup>, apontando para um incremento substancial do investimento público na infra estrutura de serviços hospitalares de saúde, fato inédito na nossa história. Como isso vem acompanhado da expansão acelerada da atenção básica à saúde, o que se verifica é a reafirmação do que já foi apontado anteriormente: a expansão da universalidade da cobertura da atenção à saúde pelo SUS, via essa estratégia do PSF, garantindo-se ao mesmo tempo a integralidade do atendimento à saúde, uma vez que se busca o investimento nos demais níveis de complexidade do sistema.

Há ainda enormes desafios a serem enfrentados: filas para atendimentos, sobretudo no caso dos atendimentos hospitalares e sobretudo das cirurgias eletivas; o recrudescimento de algumas doenças como dengue, febre amarela, etc. Não obstante, não pode passar despercebido o fato de as pesquisas de avaliação do SUS junto à população apontarem um dado interessante: os que o avaliam negativamente são exatamente aqueles que não o utilizam; quem usa o SUS avalia de forma positiva o atendimento que teve, e está satisfeito com a resolução de seu caso.

Racionalizar a gestão vem sendo hoje um dos pontos de estrangulamento ressaltados pelos responsáveis atuais pelas políticas de saúde do país. E para enfrentar a questão da burocracia e da lentidão própria da administração pública direta, a alternativa apontada vem sendo a flexibilização da

gestão pública por meio de contratação de organizações sociais de interesse público, mas de direito privado, com controle público. Este é um exemplo, aqui levantado, semelhante ao do PSF, que poderia se caracterizar como um “pacote básico”, e com isso configurando-se numa contra-reforma da Reforma Sanitária brasileira. Essa proposta de “flexibilização” da administração direta dos serviços públicos de saúde foi derrotada na última Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2007, convocada pelo Ministério da Saúde, ao que historicamente ele é obrigado a fazer, e ela foi – pelo menos por ora – derrotada. Eis mais um exemplo das raízes sociais da Reforma Sanitária brasileira, que garantem, enquanto um movimento social, que ela resista às investidas dos interesses neoliberais derrotados, e possa, apesar dos percalços destes tempos de ventanias neoliberais e globalizantes, seguir avante na construção de um sistema de saúde público, universal, e democrático.

Nenhum processo histórico é linear, como todos sabemos. Muito menos sem contradições. De uma reforma *big bang* ela hoje pode ser caracterizada como um processo que segue como um modelo de reforma *incremental*, já que o que está em jogo é fazer avançar as conquistas do movimento sanitário e consolidá-las. Isso requer também inovações institucionais e científicas, tanto do ponto de vista da gestão, quanto do ponto de vista do modelo de atenção à saúde, quanto do ponto de vista de novas formas de relação entre Estado e sociedade. Isso, no entanto, extrapola o âmbito da saúde, e o grande aprendizado é que, enquanto reforma setorial, suas respostas específicas têm que ser ao mesmo tempo que eficazes, abertas ao diálogo com outras áreas de atuação do Estado. O certo, no entanto, é que os avanços dados a partir de 1988, apesar das indas e vindas do percurso de implantação do SUS, já se revelaram irreversíveis. E este é o grande fato.

## Referências

<sup>1</sup> Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

<sup>2</sup> Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

<sup>3</sup> Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

<sup>4</sup> Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

<sup>5</sup> Santos WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. 2nd ed. São Paulo: Paulus, 1987.

<sup>6</sup> Labra ME. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. Ciênc. Saúde Coletiva. 2001;6(2):361-76.

<sup>7</sup> Almeida C. 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. 2002;18(4):905-25.

<sup>8</sup> Viana ALD'Á, Dal Poz M. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis. 2005; 15(Supl.): 225-64.

<sup>9</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8th, 1986. Relatório Final. Brasília: MS, 1987.

<sup>10</sup> Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. 1st ed. Washington: Oxford University Press, 1993.

<sup>11</sup> Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento 2007. Brasília: SOF, 2008.

<sup>12</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Brasília: Datasus, 2008.