

## **A REFORMA SANITÁRIA E O SUS: TENDÊNCIAS E DESAFIOS APÓS 20 ANOS**

**The reform and their health: trends and challenges after 20 years**

**La reforma y su salud: tendencias y desafíos después de 20 años**

Nelson Rodrigues dos Santos<sup>1</sup>

### **RESUMO**

Neste texto busca-se identificar questões relevantes nas raízes e estrutura do financiamento, do modelo de gestão e nos decorrentes fluxos dos gastos públicos, que compelem a um modelo de atenção à saúde que não aquele definido pelos princípios e diretrizes da Constituição / 1988, com base no pacto social construído na época. Busca-se alertar contra uma lógica e rumos hegemônicos, que constroem outro sistema público de saúde, ao mesmo tempo em que identifica os avanços conquistados e seus nichos geradores, contra-hegemônicos, em permanente resistência e construindo nos limites do possível como se preparando para o futuro e para ele apontando. Em função das questões levantadas, expõe reflexões sobre as trajetórias da democratização do Estado e da Reforma Sanitária.

**Palavras-chave:** Financiamento em Saúde; Modelo de Gestão; Modelo de Atenção.

### **ABSTRACT**

This paper seeks to identify relevant issues in the roots and structure of financing, the management model and the resulting flow of public spending, which compel a model for health care than that defined by the principles and guidelines of the Constitution / 1988, with on the social pact built at the time. Try to warn against a hegemonic logic and directions, which build another public health system, while also identifies the progress achieved their niche and generators, counter-hegemonic, in resistance and permanent building within the limits of the possible as if preparing to the future and pointing at him. In light of the issues raised, presents reflections on the path of democratization and the rule of the Health Reform.

**Key words:** Financing Health; Model Management; Model of Attention.

---

<sup>1</sup>Doutor em Medicina pela USP, atualmente é Professor colaborador da Universidade Estadual de Campinas e presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA).

## **RESUMEN**

En este documento se pretende identificar las cuestiones pertinentes en las raíces y la estructura de financiación, el modelo de gestión y el consiguiente flujo de gasto público, que obligan a un modelo para la atención de la salud que se define por los principios y directrices de la Constitución / 1988, con en el pacto social construido en el tiempo. Trate de advertir contra una lógica hegemónica y direcciones, que construir otro sistema de salud pública, mientras que también identifica los avances logrados y su nicho de los generadores, contra-hegemónica, en la resistencia y la construcción permanente dentro de los límites de lo posible, como si a la preparación de el futuro y apuntando a él. A la luz de las cuestiones planteadas, presenta reflexiones sobre el camino de la democratización y el imperio de la reforma sanitaria.

**Palabras clave:** Financiamiento de la Salud; Modelo de Gestión, Modelo de Atención.

## **ESTRUTURA DO FINANCIAMENTO E DA GESTÃO**

A experiência acumulada na gestão descentralizada e na central do SUS, assim como em aspectos da gestão participativa, proporcionou nos últimos 20 anos a observação de evidências empíricas dos rumos do seu desenvolvimento e conseqüentes reflexões, que nos compelem para a divulgação e debate, mesmo não estando ainda checadas ao nível conceitual e metodológico das ciências políticas, sociais e econômicas. A primeira evidência foi a de aparente identificação e superposição, nos debates e aprovação da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, do que arriscamos entender por política de Estado, de Governo e do Setor Saúde.

Com o passar dos anos, haveria um afastamento gradativo do espaço do Estado e decorrentemente do Governo, do pacto social e diretrizes legais, compelindo o Setor Saúde (Ministério, Secretarias e Conselhos de Saúde) a uma tensão e confusão crescentes. Processo gradativo e no início não percebido com a devida clareza, merecendo ser lembrada a discussão e elaboração em 2001, pelo Conselho Nacional de Saúde, do documento “O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes”.

Como **política de Estado** ao nível da macroeconomia e macro política, evidenciou-se a opção pela política pública de transferência de renda ainda que extremamente desigual: por volta de R\$ 11 bilhões a aproximadamente 11 milhões de famílias abaixo da linha da pobreza (bolsa-família), mais de R\$ 100 bilhões em benefícios previdenciários redistributivos a desempregados, idosos, população urbano-rural de baixa renda e outros, e R\$ 170 bilhões anuais (projetados para 200 ao final deste ano) aos rentistas da dívida pública. As políticas públicas de proteção social permanecem sub-financiadas com *per - capita* anuais entre os mais baixos do mundo, sendo que na saúde a retração da contrapartida federal a partir de 1.990 até os dias de hoje é constatada tanto pela diminuição de sua participação no total do gasto, comparada à elevação da participação dos Estados e Municípios nesse total, como pela queda do seu *per - capita* anual comparada à elevação do *per - capita* anual dos Estados e Municípios, e ainda, pela comparação da elevação do percentual da receita corrente federal perante o Produto Interno Bruto – PIB, com a queda do percentual do orçamento do Ministério da Saúde perante a receita corrente federal.

Como **política de Governo** nacional decorrente da política de Estado, evidenciaram-se na saúde os mecanismos estruturais:

– O financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão em função do cumprimento dos princípios Constitucionais. Houve a opção governamental pela desconsideração da indicação Constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1.993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%), pelo “passa-moleque” em 1.996 do desvio de mais da metade da CPMF aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal no ano de 2.000 na aprovação da EC-29, de calcular a sua contrapartida com base na variação nominal do PIB, pressionando a aplicação de percentual sobre a arrecadação somente para os Estados, Distrito Federal – DF e Municípios, e por final a pressão sobre o Congresso Nacional desde 2.003, para não regulamentar a EC-29 com percentual sobre a receita corrente bruta para a esfera federal.

– Houve também a opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do IR, do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas

isenções tributárias e outros, que totalizada mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas.

– É fundamental ter presente que a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. Mantém o financiamento público anual *per capita* abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do praticado no Canadá, países Europeus, Austrália e outros. É também fundamental ter presente que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social – OSS constante no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT da Constituição era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com Universalidade, Igualdade e Integralidade, que corresponderia hoje a R\$ 106,6 bilhões além do que, deveríamos estar bem além desse mínimo, e não aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2.008. Sob essa posição federal, vários Estados dão-se ao direito de descumprir a EC- 29.

O modelo de gestão vigente, atrelado ao sub-financiamento é marcado estruturalmente por:

a) extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, do desempenho e resultados para os usuários e a “onda” de terceirizações aleatórias, que acabou por influir nos Estados e Municípios por meio da Lei da Responsabilidade Fiscal,

b) desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos,

c) desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros),

d) retardamento ou impedimento de reforma de aparelhos do Estado com vistas à autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a realização de metas, prioridades com eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultados, o que gerou a permissibilidade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, Organização Social – OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP e outras,

e) inibição na prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na permanência da fragmentação setorial e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios, e

f) manutenção dos “vários Ministérios da Saúde” dentro do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na Sociedade, Governo e Parlamento.

Todas estas estratégias e mecanismos são políticas de Governo desde 1.990 acima do espaço de influência pelo Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e CNS. Os desafios maiores do SUS são de ordem estrutural porque partem de políticas e estratégias de Estado e Governos desde 1.989.

Para as direções únicas do SUS nas três esferas de Governo, incluindo os Conselhos de Saúde, a implementação das políticas acima apontadas, vem restando, no correr dos seus 20 anos, uma faixa muito estreita de geração e efetivação de políticas e estratégias, principalmente quando se trata do conjunto dos princípios e diretrizes da Universalidade, Igualdade, Integralidade, Hierarquização/Regionalização e participação dos Conselhos de Saúde na formulação de estratégias implementadoras desses princípios e diretrizes.

Sob os efeitos e barreiras impostos pelas políticas de Estado e Governo, vem **restando ao MS** à construção de uma governabilidade perante os gestores estaduais e municipais, os prestadores privados complementares do SUS, os trabalhadores de saúde e as demandas da população usuária, calcada nas estratégias:

a) estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares e outros, enquanto guias para os repasses federais e respectivos gastos;

b) manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela onde a maioria dos valores encontram-se abaixo do custo, excetuando-se os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados;

c) fragmentação dos repasses federais aos Estados, DF e Municípios, já tendo alcançado por volta de 130 fragmentos, hoje reduzidos com o Pacto de Gestão, mas com pressões internas para não continuar reduzindo;

d) permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, com baixa consideração ao planejamento e orçamentação ascendentes com

estabelecimento pactuado de metas, custos, prioridade e qualidade, com vistas à articulação regionalizada de redes de cuidados integrais;

e) lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais;

f) priorização da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde de Família focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa efetividade como porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema, e

g) desmesurada produção de portarias normativas ministeriais já tendo atingido em 2.002 por volta de 8 por dia útil, tendo caído um pouco e voltado a crescer. Por isso, as necessidades e direitos da população ainda são secundárias na lógica do modelo de gestão vigente onde predominam os interesses da oferta: dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços, da indústria de medicamentos e do modelo econômico financeirizado.

Quanto ao Controle e Auditorias, os paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal encontram-se mais atrelados aos legalismos federais do sub-financiamento, da fragmentação dos repasses e respectivos incentivos/prêmios de cada fragmento, do pós-pagamento por produção através de tabela anacrônica de procedimentos e valores, da desregulamentação da demanda gerada pelos afiliados aos planos privados de saúde (incluindo as ações judiciais), das duas portas de entrada em hospitais públicos terciários geridos por fundações privadas de apoio, das organizações sociais, da desastrosa precarização das relações de trabalho com terceirizações em cascata, da não implementação das redes regionais de cuidados integrais e com planejamento e orçamentação ascendentes, e da focalização aos estratos sociais mais pobres, de serviços básicos de saúde de baixo custo/gastos e baixa resolutividade. Estes legalismos não vêm sendo objeto de controle e auditorias quanto ao seu potencial gerador de ações dolosas e de ações irregulares, estas últimas atreladas ou não as premissas finalísticas da Universalidade, Igualdade e Integralidade e às premissas meio da Descentralização, Regionalização e Participação.

Com a mesma lógica utilizada na análise do controle e auditorias, buscamos entender a questão da Regulação, que no âmbito destas considerações definimos como o conjunto das articulações, ordenamentos e reordenamentos permanentes das vigas mestras da construção do novo modelo de gestão consoante com os princípios e diretrizes Constitucionais do SUS,

assim como funcionamento dos serviços privados de saúde consoante com o mandamento Constitucional da Relevância Pública. No SUS, além do âmbito das vigas mestras a tarefa regulatória estende-se ao nível regional e micro-regional com as centrais de regulação da atenção integral à saúde (e não somente à assistência especializada), e ao nível das unidades de saúde mais complexas, estende-se à sua autonomização gerencial para o cumprimento de metas pactuadas com seus custos, indicadores de qualidade/resolutividade, prioridades, eficiência e eficácia social. Pensamos que a responsabilidade regulatória é do gestor, incluindo seu conselho de saúde, das comissões intergestores e da Agência Nacional de Saúde (autarquia especial). O esclarecimento e explicitação da relação público-privado são pressupostos básicos para que o processo regulatório favoreça e consolide um equilíbrio favorável à política pública de proteção social com base nas necessidades e direitos sociais da população, quando cotejada com a política pública de transferência de renda.

O mesmo reparo aos paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal cabe também ao processo maior da regulação, qual seja a tendência ao atrelamento a certos legalismos federais: ao contrário de torná-los objeto a mais da sua missão, o processo de regulação no setor saúde permanece centrado na regulação do mercado dos planos e seguros de saúde com o objetivo de assegurar o equilíbrio dos interesses em conflito: dos consumidores, dos profissionais de saúde, dos prestadores privados e públicos credenciados pelas operadoras, pelas próprias operadoras privadas de planos e seguros de saúde e pela indústria de bens e insumos de saúde. Os legalismos do sub-financiamento, da fragmentação dos repasses federais, do pós-pagamento por produção, da desregulamentação da demanda dos planos privados para o SUS, das duas portas de admissão nas fundações privadas de apoio vinculadas a hospitais públicos, das organizações sociais, da precarização da gestão do trabalho na saúde, dos impedimentos da articulação e implementação das redes de cuidados integrais ao nível regional, da focalização da atenção básica nos estratos mais pobres, com baixa resolutividade e outros, ficam assim erigidos a pressupostos do processo regulatório.

## **A GRANDE INCLUSÃO SOCIAL**

Ainda sob a lógica da referida estrutura de gestão e financiamento, o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110

milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2.007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de Ultrasons, Tomografias e Ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, nove milhões de seções de radio-quimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos 80, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social.

## **REFLEXOS NO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE**

Nos 17 anos de vigência das Leis 8080/90 e 8142/90, o modelo de gestão ainda hegemônico induz o modelo de atenção pouco mudado:

a) a atenção básica expande-se aos estratos mais pobres da população, mas na media nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade não consegue constituir-se na porta de entrada preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios Constitucionais,

b) os serviços assistenciais de media e alta complexidade cada vez mais congestionados reprimem as ofertas e demandas (repressão em regra iatrogênica e freqüentemente letal),



c) os gestores municipais complementam valores defasados da tabela na tentativa de aliviar a repressão da demanda, nos serviços assistenciais de média e alta complexidade.

d) com o enorme crescimento das empresas de planos privados, e conseqüente agressividade de captação de clientela, as camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos justificam e reforçam sua opção pelos planos privados de saúde,

e) as diretrizes da Integralidade e Equidade pouco ou nada avançam,

f) a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo às camadas média-média e média-alta aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema,

g) o modelo público de atenção à saúde vai se estabilizando em pobre e focalizado aos 80% pobres da população, e em complementar e menos pobre aos 20% compradores de planos privados, e

h) o modo de produzir serviços e práticas de saúde permanece centrado nos procedimentos médicos de diagnose e terapia, e grande parte dos avanços citados constituem elevações de cobertura possíveis já no período “pré-SUS” nos anos 80.

Ao lado dos inestimáveis avanços da inclusão, com a expansão dos serviços públicos, atendendo necessidades e direitos da população, permanece enorme um inaceitável porcentual de ações e serviços evitáveis ou desnecessários. Assim também de esperas para procedimentos mais sofisticados geradoras de profundos sofrimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis. Só de hipertensos temos 13 milhões e de diabéticos 4,5 milhões na espera de agravamento com insuficiência renal, AVC, doenças vasculares e outras, mais de 90 mil portadores de câncer sem acesso oportuno à radioterapia, 25% dos portadores de Tuberculose, Hansenianos e de Malaria sem acesso oportuno e sistemático ao sistema, incidências anuais de 20 mil casos novos de câncer ginecológico e 33 mil casos novos de AIDS, entre dezenas de exemplos de repressão de demandas.

Os gestores municipais e estaduais do SUS, os trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços encontram-se no sufoco e angústia de atender os sofrimentos e urgências de “hoje e ontem”, obrigados a reprimir demandas sabendo penosamente que ações preventivas e de diagnósticos precoces impediriam o surgimento da maior parte de casos graves e urgentes, mas obrigados a priorizar os casos de maiores sofrimentos e urgências devido à insuficiência de recursos. A reprodução do Complexo Médico-Industrial, os casos de corporativismos anti-sociais e até de prevaricações e corrupções encontram terreno fértil nesse sufoco.

## A DEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO: TERGIVERSA?

Nos anos 80, com os movimentos sociais pela democratização do Estado e debates na Assembléia Nacional Constituinte, houve razoável empolgação com os valores éticos e sociais de direitos de cidadania que resultaram na criação de um SUS com Universalidade, Igualdade, Integralidade e Participação da Comunidade, consagradas na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas: nacional, estaduais e municipais. Na época estes valores contagiaram parte importante dos trabalhadores de saúde e dos gestores públicos principalmente os municipais, e como consequência houve explosiva inclusão de aproximadamente metade da população, antes excluída.

A grande distorção que foi se aclarando nos anos 90 foi que esta inclusão, avanço inquestionável do SUS, pautou-se na Universalidade e na Descentralização com ênfase na Municipalização, mas mantiveram atrofiadas e muitas vezes nulas, a Integralidade, a Igualdade, a Regionalização e a participação dos Conselhos de Saúde na formulação de estratégias. Ainda que atrofiados no espaço da gestão nacional, estadual e regional, estes princípios **continuam encampados por milhares de atores locais entre trabalhadores de saúde, conselheiros de saúde, gestores locais e outros**, que se esforçam permanentemente em efetivá-los, mesmo que nos limites de experiências localizadas, quase sempre frágeis e reversíveis. No entanto **sempre surgindo e ressurgindo** ao nível micro político e no micro-processo de trabalho. Este esforço quase anônimo em todo o território nacional torna-se visível nas mostras regionais e nacionais de experiências exitosas, verdadeiras “pontas de icebergs” reveladoras de **incomensurável potencial de futura retomada de rumos na construção do SUS**.

Os pactos sociais, em especial ao nível da nação, envolvem a relação Sociedade-Estado e quando abrangem o conjunto ou a maioria da sociedade, avançam na democratização do Estado. Foi o que ocorreu no Brasil nos anos 80, desde os últimos anos da ditadura e no processo da convocação e realização da Assembléia Nacional Constituinte, quando o avanço na democratização do Estado compeliu ao avanço do pacto federativo, redefinindo as responsabilidades de cada ente federado a favor dos anseios da sociedade. A seção Saúde na Constituição Federal e as Leis 8080/90 e 8142/90 são reflexo marcante dos novos papéis dos entes federados. A Constituição ao mesmo tempo lhes confere autonomias enquanto entes federados e os obrigam a negociarem e pactuarem suas autonomias, por exemplo, para

articularem e implementarem a diretriz da Hierarquização e Regionalização dos serviços de saúde, o que só pode ser realizado em territórios regionais, envolvendo Estados, o DF e Municípios.

Podemos dizer que o novo pacto federativo com a Constituição de 1.988 foi orientado pelo novo pacto social. Já em 1.993, quando a retirada truculenta da contribuição previdenciária “quebrou” o SUS, obrigando o Ministério da Saúde emprestar do Fundo de Amparo ao Trabalhador, o impacto negativo abalou os gestores nacionais do SUS e também os estaduais e municipais, o que propiciou avançar o seu acumplicimento na busca da sobrevivência do sistema e criação de mecanismos realizadores com nova lógica, por exemplo: a criação das CIT ao nível nacional e da CIB em cada Estado, a criação dos Fundos de Saúde em todos os entes federados, dos repasses de recursos públicos fundo a fundo, da extinção do INAMPS para a efetivação da direção única do SUS em cada ente federado, a primeira “radiografia” das condições de gestão municipal (incipiente, parcial e semi-plena) e outros, com significado claro de desdobramento e aprofundamento do pacto federativo Constitucional e também do início de reforma de Estado na lógica do SUS conforme já referido neste texto.

Aqui, o pacto federado antecedeu e induziu a retomada do pacto social. Passados mais de dez anos, durante os quais prosseguiu o refluxo dos movimentos sociais e classistas pelo SUS, e aumentou o imaginário desses movimentos em torno da solução por meio dos planos privados de saúde, novamente os entes federados, em especial o CONASS, o CONASEMS e alguns pensadores/formuladores de estratégias no SUS, passaram por momentos de angústia e tensão a partir do final de 2004, com a revelação cada vez mais evidente de que o Governo não aceitava a regulamentação da E.C. nº29 para equalizar os critérios de cálculo das contrapartidas federal (10%), estadual (12%) e municipal (15%), sobre as respectivas arrecadações, sendo a receita corrente bruta para o primeiro, e o total de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, para Estados e Municípios apesar do projeto de lei ter dado entrada na Câmara de Deputados em 01/01/2003.

Este sentimento de frustração e angústia perante a manutenção do sub-financiamento e a impossibilidade da retomada efetiva da construção do SUS, gerou novamente, no seio dos gestores, movimentos na direção de novos desdobramentos e aprofundamentos do pacto federativo do SUS com grau de formulação estratégica até então não alcançado. Estes movimentos afloraram em uma primeira reunião informal entre dirigentes do MS, CONASS e

CONASEMS em Agosto de 2004, prosseguiram contatos pontuais, retornaram em concorrido Simpósio Nacional de Política de Saúde em Junho de 2005, avançaram no 2º semestre desse ano e geraram, em Fevereiro de 2006, a matriz básica do “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. Pela segunda vez os gestores nas três esferas federadas mobilizam-se e acumpliciam-se em defesa do SUS em momento crítico. Apesar desta extensa e rica pactuação ter sido discutida e aprovada no CNS e razoavelmente divulgada no interior do SUS, não há ainda sinais deste pacto ter saído do âmbito federativo e contagiar e induzir a retomada do pacto social. Resumindo: tivemos um pacto social – federativo em 1.988, um pacto federativo – social em 1.993 e um pacto por enquanto só federativo em 2.006. São 20 anos entre 1.988 e 2.008, muito pouco no processo histórico para apagar a utopia da retomada do pacto social.

No setor saúde, no âmbito da seguridade social, houve verdadeiro salto de qualidade no pacto social e federado construído pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e os Constituintes: o SUS, que adentrou nos anos 90 com potência suficiente para conquistar significativas reformas nos aparelhos de Estado, como a profunda descentralização/municipalização, a criação de comissões permanentes de pactuação entre as três esferas de Governo com a NOB-93, os conselhos e conferências de saúde enquanto expressivo avanço na gestão participativa, a direção única em cada esfera com a extinção do INAMPS e a criação dos Fundos de Saúde e dos repasses Fundo a Fundo. Este grande avanço foi realizado até 1.994 no âmbito da "gestão de sistemas" (municipal, estadual e nacional) e, no seu bojo, já se previam etapas seguintes voltadas para a gestão/gerência das unidades prestadoras de serviços, desde as básicas até as de alta complexidade, com base em metas de prestação de serviços com base nas necessidades e direitos da população e autonomia gerencial para cumpri-las com qualidade sob contratos de gestão. Sua efetivação, entretanto, vem passando desde então, por desvios e bloqueios ligados a:

a) não reconhecimento e identificação nos aparelhos de Estado e nos correspondentes procedimentos e instrumentos gerenciais (dos recursos financeiros, materiais e humanos) da pesada e complexa herança da formação do Estado brasileiro: unitário (avesso à diversidade regional e local), cartorial, patrimonialista, burocratizado e clientelista, com a Administração Pública direta e indireta impregnadas com todas as vertentes particularistas e corporativistas;

b) não formulação de estratégias e desenvolvimento de novos modelos gerenciais capazes de deslocar a hegemonia do "modelo da oferta", substituindo-a pelo "modelo das necessidades e direitos da população";

c) não superação do grande abalo produzido em 1993 com a retirada repentina e arbitrária do financiamento do SUS, de sua maior fonte (previdenciária), quebrando-o e obrigando o Ministério da Saúde por meio de decreto de calamidade pública a contrair empréstimo perante o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), e

d) não criação de alternativas de reforma e avanços gerenciais nas unidades públicas do SUS, à proposta apresentada na época pelo Governo Federal, de simples abdicação dessa responsabilidade, e sua entrega a entidades do setor privado (Organizações Sociais do Plano Diretor de Reforma do Estado, 1995).

Na época já se tornava clara a percepção do grande desafio do cidadão se reconhecer no sistema público, inclusive a classe média, o servidor público, o gestor e o conselheiro de saúde enquanto usuários, do sistema público universalizado. A realização deste reconhecimento, desse pertencimento, passava pela consciência das necessidades, pela consciência dos direitos, pela consciência política e pela conquista de um SUS tão público quanto já é estatal: permanece o desafio da reconstrução da lógica pública nos aparelhos e procedimentos do Estado, isto é, da **publicização do próprio Estado**.

É por volta de 1.994 que se evidencia não só o arrefecimento das perspectivas e esperanças iniciais das camadas médias e dos servidores públicos em relação ao pertencimento do SUS, como também um retrocesso na consciência social de direitos e pleitos, que se voltam por meio das entidades classistas para os planos privados de saúde, preferentemente quando regulados e subsidiados pelo Governo.

Este processo intensifica-se em 1.995 com a assunção pelo Governo Federal de "reforma do Estado" calcada no ideário do Estado mínimo, com simultânea, insidiosa e contínua ação midiática com base nos valores do consumismo e competitividade corporativistas e individualistas, e prossegue a partir de 1.998 com a Lei nº 9656/98 que dispõe sobre o mercado na saúde e de 2.000 com a Lei que cria a Agência Nacional de Saúde autônoma em relação ao SUS. O arrefecimento em relação ao pertencimento do SUS integra um arrefecimento geral que é do grau de consciência das necessidades, dos direitos sociais, do significado das políticas públicas de proteção social, da conquista da cidadania e da própria democratização do Estado, que ensaiavam seus primeiros passos. As aspirações de ascenso

social e satisfação de direitos e interesses com base no ideário do corporativismo, individualismo e consumismo no mercado, incluindo o mercado terceirizado de responsabilidades públicas abdicadas, passaram a uma aceitação generalizada e fatalizada.

Não houve potência suficiente para a continuidade ou extensão da reforma do Estado "SUS" à rede prestadora de serviços: o sub-financiamento, a pulverização dos parques repasses federais em dezenas de fragmentos, negociados um a um com os Estados e Municípios, o largo predomínio do pagamento dos serviços por produção e com valores abaixo dos custos operacionais, a desastrosa precarização da gestão dos trabalhadores de saúde incluindo o festival de terceirizações, tem sido desde 1.990, os grandes indutores do perfil da oferta de serviços.

O impulso da reforma do Estado "SUS" até 1.994 entrou a partir de 1.995 em desvantagem que impediu sua continuidade e extensão às necessárias reformas de gerência na rede prestadora de serviços, devido ao fortalecimento de políticas institucionais econômicas, da "inteligência" de Estado e da sua reforma "liberal" e nas políticas públicas, que avançaram no ideário da focalização e segmentação/estratificação, sobrepondo-se na prática, ao ideário da reforma sanitária brasileira universalista, com Equidade e Integralidade. Esta nova hegemonia delimitou os avanços a uma implementação racionalizadora da produtividade de ações e serviços de saúde na direção da gestão descentralizada "tirar água das pedras" sob baixíssimo financiamento.

A reforma "SUS", contudo, **resistiu e continuou emergindo ainda que na contra-hegemonia em inúmeras trincheiras e ocasiões, ao nível dos Conselhos de Saúde, das entidades ligadas ao movimento da Reforma Sanitária, das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, e especialmente, na “ponta” do sistema, milhares de experiências exitosas entre gestores descentralizados, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários.**

Após a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária composta por representantes de todos os segmentos públicos, privados, sociais e partidários envolvidos com a saúde e reconhecida por portaria interministerial, debateu por mais de um ano a formulação da proposta do que viria a ser o SUS, e que transformou-se na base da discussão e aprovação na Assembléia Nacional Constituinte. Essa formulação foi acompanhada e monitorada pela Plenária Nacional de Saúde, fórum dinâmico integrado por entidades sindicais, movimentos sociais, entidades da Reforma Sanitária, parlamentares e

outros. Por final, o histórico Simpósio de Política Nacional de Saúde de 1.989, que superou a resistência conservadora contra a apresentação e tramitação da Lei Orgânica da Saúde no Congresso Nacional. Todos estes eventos dos anos 80 só foram viáveis com mobilização, organização e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que articulou o pluralismo partidário, as diferentes matizes ideológicas e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (coisa pública) dos direitos sociais e papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los.

A partir dos anos 90, a complexidade da composição partidária, corporativa e mercantil da sociedade e do Estado muito aumentou, mas será que a ponto de ofuscar ou impedir a consciência de onde estão os principais interesses e setores contra o SUS, e quais os aliados?

Tomando as atribuições das conferências, com destaque à proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde, e as atribuições dos conselhos, com destaque à atuação na formulação de estratégias, emerge a nosso ver, uma importante questão: - qual relevância, acumulação de forças e avanços, desde 1.990, em função dos mecanismos gestores de políticas de saúde com o objetivo de identificá-los, apropriar a sua compreensão e transformá-los na lógica das necessidades e direitos da população usuária? Desta questão decorrem outras quatro: - com que ênfase, frequência e consistência esse desafio de identificar, compreender e transformar vem constando nas deliberações dos conselhos e nos relatórios das conferências? – quais as relações desenvolvidas entre os conselhos e os gestores frente a esse desafio? – qual tem sido a atuação permanente dos conselheiros perante as entidades da sociedade civil por eles representadas, com vistas à informação dos debates e deliberações dos conselhos, voltada para a politização e mobilização? e finalmente, - quais as diretrizes para a formulação de políticas e as estratégias formuladas, geradas pelas conferências e conselhos desde 1.990, e dentre elas, aquelas que foram implementadas?

Apesar das reflexões e debates sobre estas e outras questões, ser desafio inabdicável dos atores do SUS – Conselhos de saúde e seus segmentos, gestores do SUS, Executivo, Legislativo e outros, - pensamos que o seu efetivo equacionamento se dará somente com a conjunção, no conjunto da sociedade civil, de certo grau de consciência dos seus direitos sociais, de consciência política e da consciência de que pode alterar a seu favor, sua relação

com o Estado. Seria a retomada do pacto social que ia acontecendo entre 1.984 e 1.989, com maior participação da sociedade na discussão e formulação dos rumos para o que poderia vir a ser o seu projeto de desenvolvimento sócio-econômico, incorporando agora, as atuais contingências da economia política. “A História nas repúblicas periféricas é um cemitério de Constituições. O Direito Constitucional, todavia, é Direito que liberta”. Paulo Bonavides – Presidente Emérito do Instituto Brasileiro de Direito Constitucional.

## **O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA: RUMOS**

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira nasce na segunda metade dos anos 70 no bojo do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. As entidades emblemáticas eram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO criados em 1.976 e 1.979. O movimento municipal de saúde nasce paralelamente no mesmo período e nas mesmas circunstâncias. Após estas raízes, a maior parte dos marcos históricos da Reforma Sanitária e do SUS coincidiram com o aprofundamento e aliançamento dos movimentos sociais e o Legislativo. É sobre o conjunto dessa história recente que destacamos 20 anos de SUS a partir de 1.988, senão vejamos:

- 1979: – 7ª Conferência Nacional de Saúde que se baseia na Conferência Internacional de Alma Ata e preconiza a Atenção Primária de Saúde como base e estruturação de um novo sistema.
- 1979: 1º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados.
- 1982: 2º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados.
- 1983: Convênios das Ações Integradas de Saúde (INAMPS/SMS/SES).
- 1986: 8ª Conferência Nacional de Saúde e os Convênios dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (INAMPS-SES).
- 1987/1988: Comissão Nacional da Reforma Sanitária.
- 1988: Constituição Federal (Criação da Seguridade Social e do SUS).
- 1989: 5º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara de Deputados.
- 1992: 9ª Conferência Nacional de Saúde. “A Municipalização é o Caminho”.
- 1993: Extinção do INAMPS, em Lei, Criação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites – CIT e CIBs, dos Fundos de Saúde, das Condições de Gestão nos



Municípios e Estados, da primeira grande pactuação Tripartite que foi a NOB-93 e da aprovação na CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS do histórico documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.” Estes avanços em 93 foram a reação contra a quebra do SUS imposta pelos Ministérios da Fazenda e da Previdência com a retirada da maior fonte do financiamento federal da saúde, a Contribuição Previdenciária.

- 1995/1996: Vitória do SUS com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – CPMF para a saúde no Congresso Nacional e derrota a seguir com a retirada pelo Ministério da Fazenda de outras fontes, ficando para a saúde por volta de 1/3 da CPMF.
- 1996: 10ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação da NOB-96.
- 2000: Aprovação da Emenda Constitucional 29 – EC-29 sob pressão do CNS, Conselho Nacional de Secretarias de Estado da Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e Frente Parlamentar da Saúde – FPS, quando a esfera federal impôs critério de cálculo (variação nominal do PIB) pelo qual o acréscimo federal anual perde para o crescimento populacional e para a inflação, persistindo a retração, e com a assunção pelos Estados, DF e Municípios, de percentuais sobre a arrecadação, respectivamente 12% e 15% no mínimo. Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde.
- 2003: Apresentação e tramitação do PLP nº01/2003 de regulamentação da EC-29 onde ficam equalizados os critérios das contrapartidas das três esferas cabendo à federal, 10% da receita corrente bruta no mínimo. Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde.
- 2005: 8º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados e articulação da FPS e o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, Associação Brasileira de Economia em Saúde – ABrES, Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde – AMPASA e Rede UNIDA.
- 2005/2006: Formulação e discussão de elevado nível técnico e político pelo Ministério da Saúde – MS-CONASS-CONASEMS, do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, aprovado na Tripartite e CNS e tentando ser implementado pelas Secretarias

de Estado da Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS orientadas pelas Bipartites. O 8º Simpósio e o Pacto expressam em grande parte a reação contra a ação do Governo sobre o Congresso Nacional, desde 2003 impedindo na regulamentação da EC-29, a vinculação da contrapartida federal à arrecadação, conforme projetos de Lei gerados na Câmara dos Deputados e no Senado.

- 2007: Realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

O Movimento da reforma sanitária iniciado logo após 1975 em nosso país integrou um leque social mais amplo, o das lutas pelas liberdades democráticas e do movimento sindical que se rearticulava na época, acrescidos a seguir dos movimentos sociais que pressionavam a Assembléia Nacional Constituinte. Contudo, reconhecidos avanços na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987/1988), na Constituição (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990) foram acompanhados de crescente estreitamento desse leque social, para o âmbito setorial da saúde, na vertente institucional do ensino e da gestão dos serviços e na vertente das entidades da sociedade civil ligadas à saúde. A conquista do princípio Constitucional da Participação da Comunidade e da Lei 8142/90 que dispôs sobre as Conferências e Conselhos de Saúde convalidava a visão da ampla participação social no movimento da reforma sanitária, e na formulação das políticas e estratégias na saúde. Esta visão não correspondeu à participação social verificada a partir dos anos 90. Ao cotejarmos o exposto neste tópico dos marcos de Reforma Sanitária, com o exposto nos tópicos anteriores referentes ao financiamento, gestão, modelo de atenção e democratização do Estado, além da rica bibliografia dos últimos anos sobre a avaliação da política pública de saúde, predominam graves interrogações, que no em tanto não conseguem “apagar as luzes no final do túnel”, o que referimos no tópico sobre a inclusão social e em trechos que sublinhamos em outros tópicos. **A sociedade civil e suas entidades, incluindo as ligadas à reforma sanitária e aos direitos sociais, certamente encontrarão e abrirão novos caminhos.**

## REFERÊNCIAS

1. Bahia, L. Planos Privados de Saúde: Luzes e Sombras no Debate Setorial dos Anos 90. 2001. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 6(2).
2. Brasil. Câmara dos Deputados. 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde “Carta de Brasília”; Rev. Saúde em Debate. 2006; 29(70):221-23.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Mais Saúde (PAC da Saúde): metas para 2008 – 2011. 2007 out.
4. Brasil. Ministério da Saúde/Comissão Intergestores Tripartite/Conselho Nacional de Saúde. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 2006 mar.
5. Campos GWS. Reforma Política e Sanitária: a Sustentabilidade do SUS em Questão?. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2):301-6.
6. Carvalho G. Saúde: o Tudo para Todos que Sonhamos e o Tudo que nos Impigem os que com Ela lucram. Rev. Saúde em Debate. 2006; 29(69):99-104.
7. CEBES, Diretoria Nacional. O CEBES na 13ª Conferência Nacional de Saúde. Rev. Saúde em Debate. 2007; 30(72):129-138.
8. CEBES, Diretoria Nacional, editorial. Rev. Saúde em Debate. 2007; 30(72):33-44.
9. \_\_\_\_\_. Refundação do CEBES. Rev. Saúde em Debate. 2006; 29(71):227-28.
10. Fleury S. O PAC e a Saúde. Boletim CEBES. 2007; (3):½.
11. Fleury S. Proteção Social em um Mundo Globalizado. Rev. Saúde em Debate. 2006; 29(71):305-314.
12. ABRASCO, CEBES, ABrES, AMPASA, Rede UNIDA. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS pra Valer: Universalizado, Humanizado e de Qualidade. Rev. Saúde em Debate. 2006; 29(71):385-396.
13. Rizzotto MLF. As Propostas do Banco Mundial para as Reformas do Setor Saúde no Brasil nos Anos 90. Rev. Saúde em Debate. 2006; 29(70):140-147.
14. SANTOS IS, Ugá MAD., Porto SM. O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Financiamento, Oferta e Utilização de Serviços de Saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2008;13(5).
15. Santos NR. O Desenvolvimento do SUS sob o Ângulo dos Rumos Estratégicos e das Estratégias para a Visualização dos Rumos: a Necessidade de Acompanhamento. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2):429-35.
16. Santos NR. Política Pública de Saúde no Brasil: Encruzilhada, Buscas e Escolhas de Rumos. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. No prelo 2008 nov.