

REFORMA SANITÁRIA

Maria Inês Souza Bravo

O texto está organizado em quatro eixos centrais: concepção histórica e ideário da Reforma Sanitária a partir de meados dos anos 1970; institucionalização do SUS, principais entidades bem como sujeitos sociais participantes do movimento sanitário; e atualidade das proposições da Reforma Sanitária.

A saúde e as demais políticas sociais foram privatizadas no período da ditadura civil-militar de 1964, e houve o mau uso dos recursos públicos. O que ocorreu foi a construção de um sistema de saúde extremamente perverso, pois não respondia às necessidades da população e também agravava a saúde desta na medida em que fazia o que dava mais lucro, internando mais do que o necessário e deixando de gastar em ações de prevenção e promoção de saúde, assim como em ações básicas e saneamento. O setor que se beneficiou dessa descoordenação foi o serviço privado (RODRIGUEZ NETO, 1994).

O processo de abertura política, completado pelo último presidente militar, general João B. Figueiredo (1979 a 1985), teve como características centrais: o aprofundamento da crise econômica e a rearticulação dos movimentos sociais. Essas questões influenciaram no processo de abertura, contribuindo para a organização e mobilização da sociedade civil; ampliação e maior visibilidade política que não foi inteiramente controlada pelo governo (BRAVO, 2007).

Neste período, com a reorganização dos movimentos sociais, ocorrerá na área da saúde o então denominado movimento sanitário que, utilizando dos estudos e pesquisas realizados nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e apresentando propostas ao sistema de saúde vigente.

Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tinha por finalidade realizar debates e publicar a *Revista Saúde em Debate*. O CEBES cumpria o papel de explicitar propostas para a saúde. A revista existe até os dias atuais. A história da Reforma Sanitária Brasileira se confunde, muitas vezes, com a do CEBES – sujeito fundamental à época para a articulação dos movimentos de saúde.

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento sanitário, representado pelo CEBES, apresentou publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. Essa proposição, pautando-se em experiências bem-sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas, preventivas e democráticas, com participação da população (RODRIGUEZ NETO, 1994).

A proposta não teve espaço para se impor naquele momento ao Governo. No entanto, como já se vivia um período de crise econômica e crescia a pressão social por melhores serviços de saúde, a proposta passou a servir de base para as reivindicações populares e para os profissionais e técnicos comprometidos. O Governo teve que levá-la em consideração, adotando, pouco a pouco, muitas das suas ideias. Foi assim que se desenvolveram várias experiências de reorganização de serviços de saúde, especialmente em

nível estadual, municipal e local; algumas promovidas pelo Ministério da Saúde, como o PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, dirigido para áreas rurais do Nordeste.

O início da década de 1980 foi marcado por uma profunda crise financeira da previdência social, principal fonte de financiamento do setor saúde. Oliveira e Teixeira (1986) destacam que esta crise se refletiu em três momentos principais: a crise ideológica – o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) –; a crise financeira; e a crise político-institucional – o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).

O Ministério da Saúde convocou, em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Extensão das ações de Saúde através dos Serviços Básicos”. Esta conferência teve como objetivo coordenar as ações de diferentes ministérios por meio da Comissão Interministerial de Planejamento, a CIPLAN.

Com base técnica no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) e respaldo político da 7ª Conferência de Saúde, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que tinha como objetivo a universalização dos cuidados básicos de saúde em todo território nacional por meio de uma articulação interinstitucional entre o setor público e o privado (MENDES, 1994).

Anunciada a crise da previdência, em 1981, o governo apresentou o Plano CONASP, formulado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, do Ministério da Previdência e Assistência Social. Este Plano teve como principais diretrizes: prioridade às ações primárias; integração das instituições das três esferas de governo num sistema regionalizado e hierarquizado, com aproveitamento dos recursos públicos através de acordos no setor hospitalar; racionalização na prestação de serviços de valor elevado; estabelecimento de níveis e limites orçamentários, entre outros. Dessa forma, o CONASP foi uma proposta do governo de criar uma instância reguladora da saúde previdenciária (MENDES, 1994).

Nota-se, portanto, que o CONASP sinalizou que o governo estava assumindo a crítica ao sistema de saúde vigente. Neste sentido, ocorreram mudanças no procedimento de pagamento por unidade e serviço para o pagamento por procedimentos; na limitação de convênios com hospitais e empresas e na implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.

Segundo Mendes (1994), as Ações Integradas de Saúde (AIS) podem ser reconhecidas em dois momentos: um anterior a Nova República de 1983-1985 e outro posterior a Nova República de 1985-1987. As AIS, em seu primeiro momento, se caracterizaram como um programa de atenção médica, como tantos outros, que as Secretarias Estaduais e Municipais, tradicionalmente vinham executando na área de saúde pública. No segundo momento (início do Governo Sarney até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS) o que caracterizou as AIS foi a presença de lideranças do movimento sanitário em instituições federais relevantes – Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) –, em postos políticos estratégicos.¹

¹ Antônio Sérgio da Silva Arouca assumiu a presidência da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Hésio Cordeiro, a presidência do INAMPS; José Saraiva Felipe, o cargo de Secretário dos Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social; Eleutério Rodriguez Neto, o cargo de Secretário Geral do Ministério da Saúde; Francisco de Assis

Com a transição democrática (1985 a 1990) e o advento da Nova República, a sociedade brasileira conquistou um governo civil por eleições indiretas, em virtude da derrota da Emenda Constitucional Dante de Oliveira das eleições diretas para presidente da República, em 1984.

A transição para a democracia foi um período marcado por intensas contradições e teve como binômio a *dialética continuidade X ruptura*, embora os aspectos de continuidade tenham sido predominantes principalmente a partir de 1988, com o giro conservador do governo, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população. Os elementos significativos para a ocorrência desse fenômeno são a histórica fragilidade dos partidos políticos brasileiros e o refluxo dos movimentos da sociedade civil (BRAVO, 2007).

O discurso presente na Nova República mantém uma concepção doutrinária sobre as questões de saúde, que se enuncia em dois níveis: o nível político institucional e o nível operacional. No nível político institucional, apontava-se para o direito universal à saúde e o dever do Estado em sua garantia, para a modificação do modelo médico hegemônico, para a instituição do controle único em cada instância federativa e para a convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte. “No nível operacional, propugnava-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário” (MENDES, 1994, p. 39). O que se propunha era transitar das AIS para a busca de um Sistema Unificado de Saúde.

As AIS foram substituídas pelo SUDS, no mesmo período da Assembleia Nacional Constituinte. As AIS não conseguiram alcançar os dois objetivos centrais: superar o caráter de política social compensatória e constituir-se em um instrumento de mudança do Sistema Nacional de Saúde.

Antes de focar o SUDS, é importante retornar ao ano de 1986, quando aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde do Brasil.

Esta Conferência foi a primeira a contar com a presença de diversos segmentos não governamentais e da sociedade civil, desde representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde, representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços e representantes de vários ministérios. Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de 4.500 pessoas – sendo mil delegados –, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como direito”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e “Financiamento do Setor”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento de explicitação do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final.

A Reforma Sanitária amplia a concepção de saúde, abordando-a de forma abrangente, pois concebe a saúde a partir da determinação social do processo saúde-doença, ou seja, saúde a partir das desigualdades sociais e como melhores condições de vida e trabalho. Desta forma, tem como ideário um projeto societário anticapitalista. Uma das concepções colocadas por um segmento do movimento sanitário foi: Saúde, Democracia e Socialismo.

Nesse período, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas apresentadas para

Machado, a Coordenação de Promoção de Saúde Individual da Direção Geral do INAMPS; Francisco Eduardo Campos, a Coordenação da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, entre outros (BRAVO, 2007).

o setor como por exemplo: a defesa da melhoria das condições de saúde e o fortalecimento do setor público, o que contribuiu para um amplo debate, conforme já destacado. A saúde passou a assumir uma dimensão política com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária² vinculada à democracia. Os sujeitos políticos que entraram em cena, num movimento postulando a democratização da saúde, em um período de luta contra a ditadura, foram: os estudantes; os professores universitários; os trabalhadores da saúde; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (PAIM, 2008).

As principais propostas defendidas por esses sujeitos coletivos foram amplamente discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, tais como: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde a partir de uma análise sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório; o financiamento efetivo e a participação social através de novos arranjos institucionais para a condução da política – os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Esta Conferência foi considerada uma pré-constituente da saúde, sendo o seu relatório final debatido e aprimorado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS),³ que elaborou o texto incorporado no capítulo da Saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988 e o conteúdo para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde.

Com a implantação do SUDS, as principais ações executadas procuravam: agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o INAMPS contribuindo para a ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e dar prioridade ao filantrópico. O SUDS teve uma importante influência na reforma administrativa da saúde e um papel político central, desmontando a máquina previdenciária e propondo a descentralização, sendo decisivo para a alteração constitucional necessária à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

O processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representaram, no plano jurídico, a extensão dos direitos sociais. Dessa forma, a Constituição introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais, incapazes de universalizar direitos, em função da longa tradição de privatizar a coisa pública.⁵ Dentre os seus avanços assegurou a inscrição de um Sistema de Seguridade Social e ampliou o modelo hegemônico de democracia – a *democracia representativa* –, que apresenta seus limites frente à sua capacidade de representação com a inclusão de novos sujeitos políticos no processo de tomada de decisão. A proposta é fortalecer uma *democracia participativa* que, “ao lado de algumas instituições formais básicas da democracia representativa, possui nova forma de

² Conceito utilizado por Giovanni Berlinguer (1987) que amplia o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.

³ A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/08/1986, com composição paritária de representantes governamentais e da sociedade civil, tinha como objetivo analisar as dificuldades no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e propor uma nova estrutura organizacional do sistema. Para Rodriguez Neto (2003), os objetivos e a composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária ficaram aquém do esperado pelo movimento sanitário.

⁴ As Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde podem ser considerados as fundações sobre as quais o Sistema Único de Saúde (SUS) foi erigido (CÔRTEZ *et al.*, 2009).

⁵ Neste sentido, diversos autores, apontam para a necessidade de “desprivatizar” o que é público.

conceber a relação entre o Estado e a sociedade, com a participação ativa dos cidadãos na esfera pública” (MONTEIRO; FLEURY, 2006, p. 220).

O texto constitucional, com relação à Saúde, atende em grande parte às reivindicações do Movimento Sanitário. Os principais pontos aprovados na Constituição de 1988, no capítulo da saúde, foram: o direito universal à saúde e o dever do Estado; as ações e Serviços de Saúde de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do Sistema Único de Saúde; participação do setor privado no sistema de saúde de forma complementar (TEIXEIRA, 1989).

As conquistas com relação à saúde foram fruto de vários acordos políticos e da pressão popular. No processo constituinte, foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um capitaneado pela FBH (Federação Brasileira de Hospitais) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), que defendia a privatização dos serviços de saúde; outro, denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária (BRAVO, 2007).

No final dos anos 1980, enquanto se discutia o projeto de lei orgânica do setor, aprofundava-se a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, encontrando o Projeto de Reforma Sanitária algumas incertezas com relação a sua implementação, podendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso; a ineficácia do setor público; os conflitos com os profissionais de saúde; a redução do apoio popular em face da ausência de resultados concretos e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma. A burocratização da Reforma Sanitária afastou a população da cena política, despotilizando o processo (TEIXEIRA, 1989).⁶ Concorde-se com a autora, pois os sujeitos da reforma priorizaram, a partir da transição democrática, a atuação por dentro do Estado, ou seja, as ações institucionalizadas e não enfatizaram a articulação com os movimentos sociais.

Ao fazer um balanço dos anos 1980, cabe ressaltar que esse período teve como aspecto central a perspectiva de superação da política de saúde privatizante, muito forte na ditadura militar, e o fortalecimento do setor público. Teixeira (1989) aponta como características marcantes: a *política da questão saúde* que teve como objetivo ampliar o nível de consciência sanitária; a *alteração da norma constitucional* que ocorreu no processo constituinte com toda articulação e mobilização realizada, tendo como resultado a incorporação no texto constitucional de diversas demandas do movimento sanitário; e a *mudança do arcabouço e das práticas institucionais* que se deu por meio de algumas ações que tinham como intenção o fortalecimento do setor público, a universalização do atendimento, a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local.

O SUS completou 32 anos em 2022, no entanto, o que tem ocorrido desde os anos 1990 é a mercantilização da saúde com a ampliação do setor privado na oferta de serviços no livre mercado e até mesmo dentro do SUS.

O apoio do Estado à privatização da saúde tem se dado de diversas formas: renúncia fiscal relacionada a planos e seguros privados, tornando o Brasil o segundo mercado

⁶ “Com a promulgação da Constituição e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário parece ter considerado que ‘ganhou a guerra’, em relação à implantação do SUS, esquecendo-se que tinha sido apenas uma batalha” (RODRIGUEZ NETO, 1997, p.89). O autor faz uma crítica ao movimento sanitário por ter priorizado o campo legislativo-parlamentar.

mundial de seguros privados; alocação progressiva de recursos públicos no setor privado; e propostas de flexibilização da gestão pública e da implementação de modelos organizacionais que seguem a lógica de mercado para gerir os serviços públicos, como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), a Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares (EBSERH) e as Parcerias Público Privadas (PPPs).

Na atualidade, assiste-se ao embate entre quatro projetos na saúde: o Projeto de Reforma Sanitária formulado nos anos 1980; o Projeto Privatista reatualizado na década de 1990; a proposição de flexibilizar a Reforma Sanitária, de forma mais acentuada nos anos 2000 e o Projeto do SUS totalmente submetido ao mercado a partir de 2016 (BRAVO, 2013).

O Projeto da Reforma Sanitária tem como principais proposições a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, que inclui melhores condições de vida e de trabalho; a importância da determinação social do processo saúde-doença; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estados, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e o financiamento efetivo do Estado.

O Projeto Privatista, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos considerados consumidores.

O Projeto da Reforma Sanitária flexibilizada surge a partir dos anos 2000, com a proposição do SUS possível que passa a ser orientado pela terceira via. Nessa proposta, não há preocupação com a superação do capitalismo e há uma flexibilização dos pressupostos da reforma sanitária, aceitando principalmente as novas formas gerenciais. A concepção inicial da Reforma Sanitária tinha como horizonte a emancipação humana que só seria alcançada com o socialismo, concepção que não é valorizada a partir dos anos 2000.

A partir de 2016 tem-se o Projeto do SUS submetido totalmente ao mercado, ou seja, a privatização total da saúde e o SUS ser complementar com a função explícita de subsidiar economicamente o setor privado.

Destaca-se que há uma relação entre o Projeto Ético-Político da categoria dos assistentes sociais e o de Reforma Sanitária, principalmente nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Para finalizar, cabe ressaltar que os defensores dos projetos da Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço Social só conseguirão contribuir para o enfrentamento das profundas desigualdades existentes na atual conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de massas, que exija a redução do fosso entre a política macroeconômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINGUER, G. Medicina e Política. 3ª ed. (Tradução Pe. Bruno Giuliani). São Paulo: Hucitec, 1987.
- BRAVO, M.I.S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- _____. Prefácio. In: SILVA, L. B. & RAMOS, A. (Orgs.) Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2013.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. Anais/8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CÔRTEZ, S. M. V. *et al.* Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e sociais. In: CÔRTEZ, S. V (Org.). Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- MENDES, E. V. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- MONTEIRO, M. G.; FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, maio/dez, 2006.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.
- PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- RODRIGUEZ NETO, E. A Reforma Sanitária e O Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- _____. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- TEIXEIRA, S. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). Reforma Sanitária – em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.