

Coleção Memória Viva

SAÚDE

Promessas e Limites da Constituição

Eleutério Rodriguez Neto



EDIÇÕES LIVRES

SAÚDE

Promessas e Limites da Constituição

Eleutério Rodriguez Neto





Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente
Nísia Trindade Lima

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde
Marco Antonio Carneiro Menezes

Vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação
Cristiani Vieira Machado

Vice-presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional
Mario Santos Moreira

Vice-presidente de Pesquisa e Coleções Científicas
Rodrigo Correa de Oliveira

Vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde
Marco Aurelio Krieger



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Diretor
Rodrigo Murtinho

Vice-diretor de Pesquisa, Ensino e Desenvolvimento Tecnológico
Christovam Barcellos

Vice-diretora de Informação e Comunicação
Tânia Cristina Pereira dos Santos

Vice-diretor de Desenvolvimento Institucional
Jacques Sochaczewski



EDITORA

FIOCRUZ

Editora Fiocruz

Diretora
Cristiani Vieira Machado

Editor Executivo
João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos
Carlos Machado de Freitas
Gilberto Hochman

Conselho Editorial
Denise Valle, José Roberto Lapa e Silva, Kenneth Rochel de Camargo Jr., Ligia Maria Vieira da Silva, Marcos Cueto, Maria Cecília de Souza Minayo, Marília Santini de Oliveira, Moisés Goldbaum, Rafael Linden

SAÚDE

Promessas e Limites da Constituição

Eleutério Rodriguez Neto

José Gomes Temporão e Sarah Escorel
organizadores



EDIÇÕES LIVRES

Rio de Janeiro, 2019

1ª Edição: Editora Fiocruz, 2003

2ª Edição: Edições Livres, 2019

Coordenação Geral
Rodrigo Murtinho

Coordenação Editorial
Mauro Campello
Patrícia Ferreira

Produção Executiva
Multimeios | Ictict | Fiocruz

Revisão
Vinícius Renaud
Wanda Brant

Projeto Gráfico
Tiago Rodrigues de Castro

Capa
Luciana Rocha

Fotografia da capa
Agência Brasil | EBC

Digitalização
Rodrigo Méxas
Milena da Rocha Franco

Este livro foi publicado de acordo com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fiocruz. Os textos constantes nessa publicação podem ser copiados e compartilhados desde que: não sejam utilizados para fins comerciais; e, que seja citada a fonte e atribuídos os devidos créditos. Distribuição gratuita.



Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Mangueiras / ICICT / FIOCRUZ - RJ

R696 Rodriguez Neto, Eleutério

Saúde: promessas e limites da Constituição [recurso eletrônico] / Eleutério Rodriguez Neto; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro : Fiocruz : Edições Livres, 2019.
390 p.; 30 cm.

Modo de acesso: World Wide Web.

Coleção Memória Viva.

A publicação deste livro é resultado do projeto "Acesso aberto e uso da literatura científica no ensino", desenvolvido no ICICT, sob a coordenação de Rodrigo Murtinho.

ISBN: 978-85-8110-078-4.

1. Saúde pública. 2. Constituição. 3. Brasil. I. Murtinho, Rodrigo. II. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. III. Título. IV. Série.

CDD 362.1

O PROJETO

A nova edição de *Saúde: promessas e limites da Constituição* integra a Coleção Memória Viva, criada para tornar acessíveis obras de reconhecida relevância acadêmica e institucional. Com isso, resgata e reedita livros esgotados, indisponíveis nas livrarias físicas e virtuais, além de dissertações e teses acadêmicas que ainda não compõem acervos online.

A coleção é fruto do projeto “Acesso aberto e uso da literatura científica no ensino”, desenvolvido no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), onde as políticas de acesso aberto têm sido encaradas como estratégicas para o fortalecimento da ciência e da saúde pública.

As obras foram escolhidas a partir de pesquisa com alunos e professores do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), que mapeou títulos usados habitualmente nas atividades de ensino e as dificuldades em acessá-los. A recuperação desses trabalhos busca o fortalecimento dos saberes na interseção entre saúde coletiva, informação e comunicação. Contribui para a ampliação da Política de Acesso Aberto e para as estratégias de Memória e de Ciência Aberta da Fiocruz. Além disso, colabora para as políticas públicas de preservação da memória bibliográfica nacional.

Saúde: promessas e limites da Constituição integra também o selo Edições Livres, que, como o próprio nome sugere, tem a missão de lançar publicações com livre circulação na internet, tornando acessíveis a qualquer internauta todas as obras recuperadas pelo projeto. Assim, o livro de Eleutério Rodriguez Neto, publicado pela Editora Fiocruz em 2003 e esgotado há alguns anos, poderá circular amplamente e ser lido em formato digital, de forma gratuita. Obra de referência para os estudos sobre

a saúde na Assembleia Nacional Constituinte, o livro de Rodriguez Neto, liderança do movimento da Reforma Sanitária brasileira, é fundamental para compreender como e por quê o direito à saúde e as bases do SUS foram inscritos na Constituição de 1988.

Esta edição é fruto de uma parceria com a Editora Fiocruz. Traz, além do texto original do livro, uma apresentação escrita por Cristiani Vieira Machado, Vice-Presidente de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz e Diretora da Editora, onde ressalta a importância e a singularidade do livro de Eleutério Rodriguez Neto, ao “oferecer um conjunto rico de informações sobre os atores, interesses e embates que permearam a construção da Constituição de 1988”. Traz ainda o prefácio “Saúde na Constituição – mitos, promessas e limites”, de Sônia Fleury, cientista política e pesquisadora sênior do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, que lança um olhar sobre a trajetória do Sistema Único de Saúde nas últimas três décadas, após promulgação do texto constitucional.

O projeto que deu origem à Coleção Memória Viva foi financiado pelo Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde (Papes VII/Jovem Cientista, parceria entre a Fiocruz e o CNPq) e pelo Programa de Indução à Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (PIPDT, do Icict/Fiocruz).

Rodrigo Murinho e Mauro Campello
Coordenadores do projeto



REALIZAÇÃO



Ministério da Saúde

FIUCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

PARCEIRO NESTA EDIÇÃO



EDITORA

FIUCRUZ

Projeto Acesso Aberto e uso da literatura científica no ensino

Equipe do projeto:

Rodrigo Murtinho | *coordenador*

Mauro Campello | *coordenador adjunto*

Anne Ferreira dos Santos

Cristina Maria Rabelais Duarte

Fátima Duarte de Almeida

Ilma Noronha

Leonardo Simonini

Luciana Danielli

Marilene Santos

Mel Bonfim

Mônica Garcia

Patrícia Castro Ferreira

Este projeto tem o apoio do Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde – PAPES VII/Jovem Cientista (Fiocruz/CNPq), e do Programa de Indução à Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – PIPDT (Icict/Fiocruz).

APOIO



SUMÁRIO

Sobre o autor	13	
Organizadores e colaboradores	15	
Prefácio desta edição	17	
Apresentação desta edição.....	25	
 Saúde: promessas e limites da Constituição		
Prefácio à primeira edição.....	35	
Apresentação à primeira edição	37	
Introdução	43	
 1. A Saúde e a Constituição: os limites do Estado		51
2. O Caminho até a Constituinte: a atuação do movimento sanitário		65
3. A Constituinte: propostas, organicidades e conflitos		97
4. A Saúde e a Nova Constituição: peculiaridades, implicações e perspectivas.....		151
Um balanço à guisa de conclusão		211
 Referências bibliográficas.....		243
Glossário de siglas		255
Anexo 1: Quadro evolutivo das propostas sobre saúde no processo constituinte.....		259
Anexo 2: Sequência de textos: propostas constitucionais sobre saúde		277

SOBRE O AUTOR

Nascido em Campinas, interior de São Paulo, em 21 de julho de 1946, Eleuterio iniciou sua militância na Universidade de Brasília (UnB), onde graduou-se em medicina aos 24 anos, em 1970. Em 1972 decidiu largar a residência em Clínica Médica na UnB para cursar mestrado em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), onde teve contato com a abordagem dos problemas médico-sanitários da chamada medicina social.

Iniciou sua carreira como docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1975, admitido por concurso público interno. Um ano antes, Eleutério havia ingressado no Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES), da UFRJ, onde estava sendo implantado o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES), em cooperação com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).

Médico-sanitarista participou do movimento pela Reforma Sanitária, nascida em decorrência de lutas contra a ditadura

Eleuterio realizou consultorias para a OPAS em Washington, D.C., EUA, PAHO/HQ, Genebra, Argentina, Colômbia, Equador, Honduras, Costa Rica, México, Chile, Bolívia, Peru, Brasília, Quebec/Canadá e Rio de Janeiro.

De 1980 a 1982 foi Coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos até 1982, onde se destacou na formulação do “Plano de Reorientação de Assistência à Saúde Previdenciária”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).

Como gestor público contribuiu para a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pensado desde o movimento pela Reforma Sanitária, nascido da luta contra a ditadura militar a partir da metade da década de 1980. O tema central do movimento consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, era Saúde e Democracia, de onde resultou a emenda popular de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, hoje garantido na Constituição Federal.

A lista de atividades ao longo de sua vida profissional é ainda mais extensa, tendo atuado também como Diretor do Departamento de Planejamento, onde estruturou as Ações Integradas de Saúde (AIS), na Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), do qual foi presidente e vice-presidente. Em 1990 deixou a UFRJ para dar aula na UnB, nesse mesmo ano foi admitido por concurso como assessor legislativo da Câmara dos Deputados.

Eleuterio Rodriguez Neto faleceu em 2013 aos 67 anos, em São Paulo. Eleuterio foi um dos responsáveis pela criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da chamada medicina social, abordagem dos problemas médico-sanitários através das ciências-sociais.*

*Texto adaptado de matéria publicada no Jornal GGN. Disponível em <https://jornalggn.com.br/saude/morre-eleuterio-neto-medico-que-contribuiu-com-a-criacao-do-sus/>

ORGANIZADORES & COLABORADORES

Organizadores

José Gomes Temporão

Médico sanitarista, doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e ex-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), gestão 1980-1982.

temporao@ensp.fiocruz.br

Sarah Escorel

Médica sanitarista, doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB), pesquisadora titular da Ensp/Fiocruz, integrante do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes/Ensp/Fiocruz) e presidente do Cebes, gestão 2000-2003.

sescorel@ensp.fiocruz.br

Colaboradores

Lenir Santos

Advogada e procuradora da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), especialista em direito sanitário pela Universidade de

São Paulo (USP), presidente do Conselho Superior do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) e presidente da Fundação Síndrome de Down, ambas em Campinas/SP.

lenir@aleph.com.br

Nelson Rodrigues dos Santos

Médico sanitarista, doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da USP, docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp e diretor na Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

nelsonrs@fcm.unicamp.br

Prefácio desta edição

SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO – MITOS, PROMESSAS E LIMITES

Neste ano em que se comemoram os 30 anos do SUS e da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF88), vivemos em uma conjuntura de desmontagem da arquitetura institucional que materializou a democracia social por meio de uma rede de proteção social responsável por garantir os direitos da cidadania. O processo de desdemocratização em curso passou pela destituição da presidenta eleita, pela prisão e pelo impedimento de participar da disputa eleitoral do ex-presidente e candidato com maior chance de vitória, amparados no conluio, patrocinado pela grande mídia, entre o Poder Executivo, o Congresso Nacional e o Judiciário, atendendo aos interesses dos grupos econômicos nacionais e internacionais. Assim, em um açodamento dos que sabem que seu tempo é curto e seu poder ilegítimo, são aprovadas medidas para entrega da soberania sobre exploração dos recursos naturais, desregulamenta-se o trabalho de toda proteção e submete-se o trabalhador à “livre negociação” em meio a uma crise econômica com índices de desemprego sem precedentes, ao mesmo tempo em que se enfraquece o sindicalismo. Enquanto as políticas sociais são desfinanciadas e arruinadas por meio do torniquete estabelecido pelo absurdo teto de gastos a vigorar por 20 anos, de acordo com a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), as finanças públicas e os consumidores foram todos transformados em devedores, cuja solvência é inviabilizada

pela escorchante taxa de juros, enquanto os banqueiros exibem balancetes com lucros cada vez maiores.

Quem participou da Assembleia Nacional Constituinte (ANC) e da elaboração da CF88 e mesmo aqueles que posteriormente ajudaram a construir a democracia social no Brasil se perguntam como é que tudo isso pode acontecer. A resposta mais comum tem sido que o pacto firmado na ANC foi, finalmente, rompido. O mito do pacto constitucional é uma resposta simplista, que não encontra respaldo nas lutas travadas no processo de redemocratização brasileira. Não houve pacto, houve disputa! As forças progressistas perderam a proposta das Diretas Já, depois fomos derrotados na proposta de uma Assembleia Nacional Constituinte Exclusiva, e, posteriormente, vendo que os movimentos sociais estavam mais organizados e avançando em propostas constitucionais, os conservadores se reorganizaram no bloco denominado “Centrão” e impuseram nova derrota com a mudança do regulamento interno que favorecia a maioria, de modo a manter o poder das elites tradicionais.

Como então explicar os enormes avanços representados, fundamentalmente pela introdução do capítulo da Ordem Social, em que, pela primeira vez, se estabeleciam direitos sociais universais, fundados nos princípios da justiça social e também do trabalho, quando antes só os trabalhadores do mercado formal tinham direitos sociais? Como o modelo de inclusão social estratificada, barganha de privilégios e exclusão da maior parte dos brasileiros, pôde dar lugar a uma proposta de sistemas universais baseados nos direitos da cidadania e no dever do Estado concernente à garantia destes direitos? Como foi possível tratar, no âmbito dos direitos, uma gama tão ampla de demandas sociais em setores tão diver-

sificados como previdência, saúde, assistência, educação, cultura, desporto, ciência e tecnologia, comunicação, meio ambiente, criança e adolescente, família e idosos, populações indígenas? Se para muitos pode parecer uma miscelânea, e não deixa de ser, o mais importante é que a unidade foi dada pela linguagem dos direitos e da justiça social, trazendo as necessidades do mundo da vida para o âmbito constitucional.

Alguns fatores podem explicar essas conquistas, mesmo quando, no final da década de 1980, a crise do capitalismo internacional já afetava a economia global e a hegemonia neoliberal se impunha, transformando o Estado no grande responsável pelo fracasso do capitalismo e o mercado na solução salvadora inevitável. O primeiro deles deve ser creditado ao avanço dos movimentos e organizações sociais, com apoio de intelectuais e fortalecimento da resistência sindical que enfrentaram o governo da ditadura cobrando melhorias da qualidade de vida, redistribuição, direito de manifestação e organização, anistia, liberdades e instituições democráticas. Neste processo, esses atores se fortaleceram, criaram alianças, partidos, coalizões e, em casos como da saúde, definiram uma plataforma de reforma consistente e legitimada pelo movimento social. No jogo de forças sociais, por outro lado, vemos a burguesia sem um projeto capaz de unificá-la, comprometida com a ditadura no seu auge de repressão e sucesso econômico, mas buscando distanciar-se quando o governo autoritário enfrenta sua crise interna, com as facções dos organismos de repressão política insurgindo-se contra a abertura lenta, gradual e segura; sua crise econômica, com o endividamento das estatais e perda de dinamismo da economia; e sua crise política, já que os setores que apoiavam o governo dele se afastaram, como a classe média tradicional, enquanto a burguesia

encontrava-se dividida. Por um lado, o modelo implementado de capitalismo associado, capitaneado pelo Estado através das empresas estatais e do financiamento público, mostrou-se inviável de ser mantido em uma economia globalizada, avessa ao protecionismo, com as estatais endividadas por terem sido dadas como garantia de empréstimos internacionais, e com a inviabilidade de se manter o investimento público sem usar o mecanismo da inflação e com o impedimento político de alterar a estrutura tributária (FIORI, 1995). Por outro, alguns setores da burguesia associados ao capital internacional já demandavam a liberação das barreiras protecionistas enquanto outros, mais dependentes do Estado, como o setor hospitalar prestador de serviços, não conseguiram formular um projeto próprio e apenas tentaram impedir a inevitável mudança.

O terceiro fator fundamental na explicação dos avanços sociais na CF88 deve ser buscado no próprio funcionamento da ANC. Diferentemente das Constituições anteriores, ou tuteladas ou articuladas por um texto prévio encomendado a juristas para ser discutido pelos constituintes, neste caso o processo foi altamente participativo. Organizou-se em três etapas – subcomissões, comissões e sistematização – com a realização de audiências públicas e a possibilidade de apresentação de Emendas Populares que mobilizaram milhares de militantes na coleta de assinaturas por todo o país. A força da participação social fora subestimada pelos conservadores, que tentaram reverter a situação com a criação do bloco Centrão. Mas, já era impossível ignorar a pressão popular. À unidade dos partidos minoritários de esquerda na ANC também é creditado um papel importante na defesa das conquistas populares (SAMPAIO, 2009).

O texto constitucional foi considerado prolixo e ambíguo, mais uma demonstração da ausência de um pacto consistente entre

conservadores e progressistas. No seu capítulo II, dos Direitos Sociais, a assistência social aparece como assistência aos desamparados enquanto na Seguridade Social, capítulo II da Ordem Social, a assistência é um direito de cidadania. A política urbana, já que tocava na propriedade privada, ficou na Ordem Econômica e não na Ordem Social, sendo que só posteriormente os direitos à moradia e a alimentação foram incorporados aos direitos sociais. A propriedade privada e a livre iniciativa foram preservadas, ainda que a função social da propriedade tenha sido estabelecida no artigo 5º, inciso XXIII. Na área de saúde, esta é tratada como relevância pública a ser regulamentada, fiscalizada e controlada pelo poder público, podendo ser executada por pessoa física ou jurídica de direito privado. Enfim, a luta continua.

Na comemoração de 20 anos da CF88, pudemos fazer um balanço de como a Seguridade Social representou um novo patamar civilizatório (FLEURY, 2008), e Nelson Rodrigues dos Santos analisou como manter as chamas da nossa utopia (SANTOS, 2008). Mas o texto de Eleutério Rodrigues é distinto, porque foi escrito no calor da luta e com sua incrível capacidade de análise crítica. O histórico que ele faz é riquíssimo, pois vai da 8ª Conferência Nacional de Saúde (boicotada pelo setor privado), passando pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (na qual conciliações foram feitas), apontando o enfrentamento do projeto do Movimento Sanitário com o lobby do setor privado quando ele acordou e resolveu lutar por seus interesses na mesma arena pública em que disputávamos. Mostra também os conflitos existentes no interior do Movimento Sanitário em torno da proposta do SUS ou da manutenção do SUDS, defendida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) do Ministério da Previdência.

Sem falar da oposição dos governos ao SUS, manifestada pelo ex-presidente Sarney em entrevista na qual afirmava que, da forma como estava sendo elaborada a Constituição, ela tornaria o país ingovernável (O GLOBO, 25/11/1987). Ou dos vetos do ex-presidente Collor à aprovação da legislação ordinária, como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e toda a parte de descentralização e participação na Lei Orgânica da Saúde (que, por isso, ficou com duas Leis Orgânicas, retomando o que ele havia vetado depois de sua queda). Na época, falávamos da ousadia de cumprir a lei. E a luta continuava!

Relendo este texto imprescindível para desfazer mitos e apontar promessas e limites, vemos que nada disso foi em vão. Mas, não foi suficiente. A conjuntura de desmonte nos dias atuais mostra que o setor reformista está enfraquecido e fragmentado em todas as áreas, mas não está derrotado. São outras as possibilidades e limites, fruto da experiência destes 30 anos. Só não devemos construir novos mitos como, por exemplo, o de que o setor privado é hoje suficientemente forte para avançar na direção de um Sistema Nacional de Saúde, com um modelo de articulação público/privado que vá além dos fluxos de subsídios, financiamento, portas giratórias na regulação etc. O que parece ser sua fortaleza, ao eleger com gastos milionários seus representantes no Congresso e defender um novo modelo de integração e governança compartilhada do poder na área de saúde, também deve ser visto como sua debilidade em se manter em um mercado que se vê reduzido por causa da crise e do desemprego, da sua desmedida incorporação tecnológica, da insatisfação e crescente judicialização por parte dos consumidores, da dinâmica competitiva do mercado, capaz de fagocitar e destruir serviços nacionais criados por especialistas de renome.

Enfim, para enfrentar a luta atual, é preciso fazer o esforço de análise da correlação de forças e das estratégias de luta, coisa que Eleutério tão bem sabia fazer.

SONIA FLEURY

Doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e pesquisadora sênior do Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz.

Referências

- FIORI, José Luis. Para uma economia do Estado brasileiro. In: FIORI, José Luis. *Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*, p. 121-162, Rio de Janeiro: Insight Editorial, 1995. [1 ed. 1989]
- SAMPAIO, Plínio de Arruda. Para além da ambiguidade: uma reflexão histórica sobre a CF88. In: Cardoso, J. C. (org.). *A Constituição Brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social*, vol.1, p. 37-52, Brasília: Ipea, 2009.
- FLEURY, Sonia. Seguridade Social – um novo patamar civilizatório. In: DANTAS, Bruno et al. (org.). *Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois*, vol. V. Os cidadãos na Carta Cidadã, p.178-214, Brasília: Senado Federal, 2008.
- SANTOS, Nelson Rodrigues. Vinte anos do Sistema Único de Saúde: por onde manter as chamas da utopia. In: DANTAS, Bruno et al. (org.). *Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois*, vol. V. Os cidadãos na Carta Cidadã, p.146-168, Brasília: Senado Federal, 2008.

APRESENTAÇÃO DESTA EDIÇÃO

A reforma sanitária brasileira dos anos 1980, que originou o Sistema Único de Saúde (SUS), é reconhecida nacional e internacionalmente como um movimento ousado e bem-sucedido de mudança de rumos na política de saúde, de forte base social e vinculada à redemocratização.

Numerosos trabalhos buscaram, nos últimos trinta anos, explorar as condições e processos políticos subjacentes a essa inflexão, em um país marcado por profundas desigualdades e por um sistema de saúde até então estratificado e excludente. O campo da saúde coletiva compreende uma vigorosa produção acadêmica sobre o tema, também valorizado por autores de outras áreas. Há muitos bons livros sobre a reforma sanitária, mas alguns deles são imprescindíveis. Esse é o caso do livro *Saúde: Promessas e limites da Constituição*, de Eleutério Rodriguez Neto, aqui apresentado em nova edição.

Em primeiro lugar, este livro é essencial por seu objeto. Ao focar em profundidade e “por dentro” o processo constituinte referente à saúde, Eleutério oferece um conjunto rico de informações sobre os atores, interesses e embates que permearam a construção da Constituição de 1988. Mais do que isso, em algumas passagens seu relato transporta o leitor para o clima dos eventos. Dessa forma, a obra contribui para a compreensão da dinâmica das decisões e dos acordos firmados diante de projetos em disputa, bem como das contradições e lacunas no texto constituinte, por exemplo, no que diz respeito às relações público-privadas em saúde.

Em segundo lugar, a obra é especial em razão da trajetória do autor, sujeito do movimento sanitário brasileiro. Eleutério ocupou postos de destaque na gestão pública e no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), transitando entre vida acadêmica, institucional e política. O seu perfil de atuação técnica e militante é expressivo da indissociabilidade dessas dimensões na vida de vários sanitaristas engajados na reforma sanitária no Brasil. Essa foi uma característica fundamental para a construção do projeto do SUS, baseada na conjunção de profundo conhecimento sobre os problemas do sistema de saúde e das condições de vida da população, com a afirmação de valores como o direito à saúde, a igualdade e a solidariedade.

Em terceiro lugar, o livro é singular por seu processo de produção. Fruto de uma tese não defendida – por razões profissionais e pessoais –, a publicação do livro em 2003 foi possível pela mobilização de um número expressivo de pessoas. Entre elas, destacam-se José Gomes Temporão e Sarah Escorel, que assumiram a organização do livro a partir dos originais, e Lenir Santos e Nelson Rodrigues dos Santos, que colaboraram por meio da atualização de informações apresentadas em numerosas notas, principalmente no capítulo final. O envolvimento e a dedicação desses quatro grandes pesquisadores do campo representam um processo solidário de finalização de uma obra que é, ao mesmo tempo, autoral e organizada por pares, com o generoso propósito de torná-la acessível a um público amplo.

Por fim, este volume é fundamental por sua atualidade. Em um contexto em que o pacto social firmado na Constituição de 1988 é ameaçado, as bases da democracia estremecem, as desigualdades sociais voltam a aumentar e o SUS enfrenta riscos de retração em

face de interesses privados, releituras sobre os processos políticos de conquista de direitos sociais são necessárias para a compreensão dos obstáculos e dilemas a serem enfrentados.

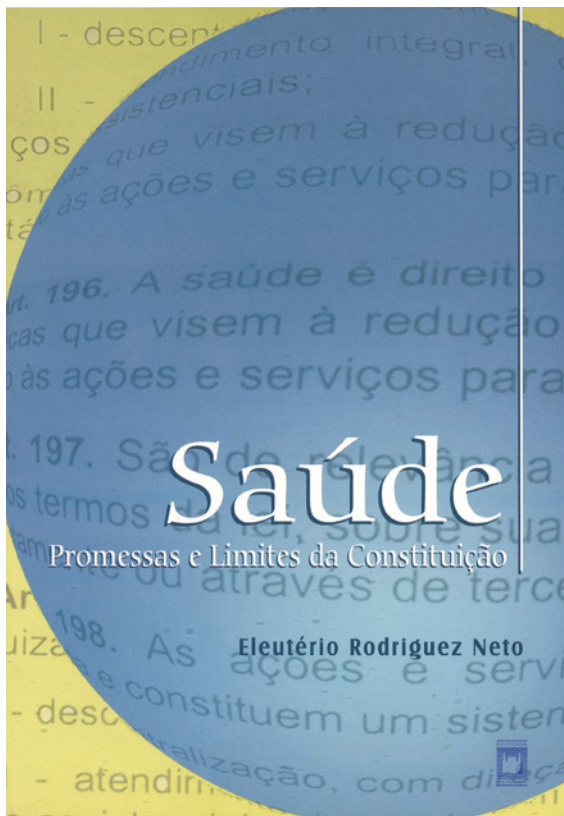
Por todos esses motivos, a Editora Fiocruz considera muito oportuna e se orgulha da escolha do livro pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict/Fiocruz) para compor a Coleção Memória Viva, que visa a tornar acessíveis ao público obras de grande interesse acadêmico. A nova edição, enriquecida pelo ótimo prefácio de Sônia Fleury, ficará disponível on-line em acesso aberto para pesquisadores de diferentes áreas, estudantes, gestores, profissionais da saúde e o público mais amplo que possa ter interesse em um dos processos mais emblemáticos da relevância do debate democrático para a construção de uma política pública no Brasil.

Como afirma Eleutério,

é impossível se apreender na nova Constituição uma coerência e uma harmonia que refletissem a culminância de um processo de lutas e acordos sociais. Pelo contrário, é como se representasse uma aferição das regras para o início, de fato, de uma nova etapa do processo; um novo patamar para as lutas políticas e sociais.

Que o livro siga nos inspirando na reflexão crítica, na proposição de estratégias para o sistema de saúde brasileiro e na luta política em defesa do direito à saúde e da construção de uma sociedade mais justa e menos desigual.

Cristiani Vieira Machado
Vice-Presidente de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz
Diretora da Editora Fiocruz



1ª edição, 2003

capa e projeto gráfico
Carlota Rios e Gordeeff

editoração eletrônica
Cláudio Roberto e
Gordeeff

*revisão e padronização de
originais*
Josette Babo

revisão final
Simone Brantes

Editora Fiocruz

Saúde: promessas e limites da Constituição

Para Doy, Amelinha, Lúcia, Sylvia e Pedro Paulo.

Cada um sabe como seu apoio tem sido a minha força.

A Cecília Donnangelo e Ricardo Lafetá, meus saudosos e queridos amigos, cujos exemplos sempre me inspiraram, dedico este trabalho, ainda que o mesmo possa não estar à altura da homenagem.

PREFÁCIO À 1ª EDIÇÃO

Eleutério é um ponto de referência para todos nós que militamos com ele no chamado *movimento sanitário* nos últimos trinta anos. Um dos criadores do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em 1976, teve imensa importância política e técnica na construção do texto da área da Saúde na Constituição de 1988, que é o tema deste livro.

Dito assim, parece algo pontual e exclusivo. Ao contrário, a decisiva participação de Eleutério neste grande momento da vida republicana brasileira do século XX foi o coroamento de seu comprometimento criativo com um longo processo de luta iniciado pelo menos 25 anos antes, através de seu engajamento nos movimentos secundarista e universitário de resistência e crítica ao golpe militar de 1964 e tudo que o sucedeu.

Em todo este período a trajetória política e pessoal de Eleutério foi um raro exemplo de coerência, dedicação e combatividade.

Trilhou uma trajetória de complexo entrelaçamento entre vida acadêmica e vida político-institucional. Na reflexão que faz na Introdução – um pouco amarga, mas muito realista – ele aponta justamente para os dilemas que viveu constantemente, com a abdição de projetos individuais relacionados com sua evolução na carreira universitária em função de projetos políticos de cunho coletivo, como ‘tarefas’ a cumprir.

Isto não impediu que ele fosse brilhante em ambos. Como professor universitário e pesquisador da Universidade de Brasília (UnB) granjeou imenso prestígio: são inúmeros seus ex-alunos e profícua sua produção intelectual. Como político e técnico, ocupou cargos e funções importantes em instituições da Saúde, como o Inamps e o Ministério

da Saúde, no período da Nova República. E fruto dessa dupla militância foi um ator de imensa importância na proposta constitucional.

Como ele mesmo afirma na introdução, este *Saúde: promessas e limites da Constituição* representa simbolicamente “a culminância de um período de intenso trabalho político-institucional comprometido com a causa da democracia, buscando a consistência técnica e ideológica essencial a uma prática consequente e refletida”.

Eu diria que, com a proposta do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) criado por ele na UnB, concretizada no acompanhamento e assessoramento à Assembléia Nacional Constituinte, Eleutério inaugura uma forma nova de concepção e realização do trabalho acadêmico. Neste sentido, sem assim denominar, ele é certamente um precursor dos mestrados profissionais que hoje se afirmam como inovação pedagógica.

Mas, antes de tudo, ele é o ser político por excelência, que faz de sua vida um ato simultâneo de doação e transformação da sociedade em que vive.

Para que seu exemplo inspire as atuais e futuras gerações, é importante que este livro esteja sendo editado.

Ele registra – na visão de um de seus autores principais – “o processo constituinte quanto à questão da Saúde, vivido nos anos 1987 e 1988 pela sociedade brasileira”.

De quebra, num gesto absolutamente característico, Eleutério não deixa de ir além, fazendo um balanço do período pós-constituinte e apontando uma agenda estratégica para a implementação da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta última contribuição é um alerta sobre o qual devemos refletir.

Paulo Marchiori Buss
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

APRESENTAÇÃO À 1ª EDIÇÃO

A iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e do Cebes em publicar o trabalho de Eleutério Rodriguez Neto,¹ *Saúde: promessas e limites da Constituição*, cumpre duas funções: a de corrigir uma injustiça e a de contribuir para a compreensão do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso País.

Elaborado originalmente entre 1987 e 1988, como tese de doutoramento a ser apresentada ao departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), uma série de conflitos envolvendo autor, orientadora e coordenação de pós-graduação impediu que a mesma fosse defendida. Este episódio deixou marcas profundas na vida de Eleutério. Ele tentaria por mais duas vezes, na Universidade de Brasília (UnB) e na Escola Nacional de Saúde pública (Ensp/Fiocruz), a conclusão de seu doutoramento, mas as exigências profissionais e as rígidas regras que regulam a pós-graduação o impediram de obter sua titulação. Este fato privou todos os que trabalham e pesquisam no campo da saúde coletiva do acesso a uma vigorosa e detalhada análise do processo Constituinte, especificamente aquela referente à construção do capítulo Saúde.

No desenvolvimento deste trabalho o autor se coloca em uma posição singular de partícipe privilegiado daquele acontecimento. Isto porque seu trabalho é uma reflexão e análise sobre um processo em que participou ativamente na qualidade de coordenador do

¹ Eleutério Rodriguez Neto foi presidente do Cebes em duas ocasiões (1980 e 1991-1994) e vice-presidente da Abrasco na gestão 1986-1987.

Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da UnB, onde desenvolvia atividades de assessoramento ao processo legislativo. Durante meses acompanhou todos os embates, conflitos e nuances dos trabalhos legislativos e pôde interferir na elaboração e consolidação de várias versões do capítulo Saúde da Constituição. Nutria-se de sua militância no *movimento sanitário* e do compromisso com o ideário da Reforma Sanitária para conceber alternativas e submetê-las ao processo parlamentar. O resultado é um trabalho construído a partir de um olhar singular: o do militante e o do acadêmico, mesclados em um rico processo de construção. De resto foi essa dialética que esteve presente em toda a vida do autor.

O processo de organização desta edição corrige uma injustiça e nos permite manifestar a intensa admiração e o enorme carinho que temos por Eleutério. Trabalhamos com Eleutério em diferentes momentos e circunstâncias. Cada qual a seu modo e no seu tempo usufruiu da inteligência, da fina ironia, de seu requinte culinário e de suas excelentes qualidades como anfitrião. As feições, com o cenho franzido e o pequeno sorriso no canto da boca, escondiam um “garoto maroto”, divertido e que fazia rir. Mas, se isso foi privilégio apenas de quem conviveu de perto com Eleutério, a marca que deixou na arena da Saúde foi de sólidos princípios, ética irretocável, leal companheiro, técnico admirável, militante dedicado, sonhador, como todos nós, de um Brasil mais justo e com melhores condições de vida e de Saúde para a população brasileira.

Trabalhar com o material deste livro significou conversar com Eleutério todos os dias, lembrar de muitas coisas, emocionarmos com a maioria e lastimar que ele talvez não se dê conta da homenagem que lhe prestamos e do carinho que lhe dedicamos. Mas fica uma sensação boa de ter passeado com ele durante estes dias

por um pedaço de sua vida tão importante para todos os brasileiros, conhecendo em detalhes o processo de negociação, as idas e vindas, os embates e as resistências, os projetos e as decepções para que, ao final, se conseguissem traduzir na vitória do *movimento sanitário*, com a promulgação constitucional do capítulo de Saúde que a garante como “um direito de todos e um dever do Estado”. E, ainda que muitos tenham contribuído para essa vitória, Eleutério merece, sem dúvida, um agradecimento especial.

Organizamos o livro a partir de uma adequação dos originais apresentados no formato de tese. Para tanto foi necessário fazer uma minuciosa revisão do texto, realizar pequenas alterações, escrever algumas notas explicativas e contar com o auxílio de especialistas para contextualizar algumas análises, que o tempo decorrido entre a elaboração do trabalho e os dias de hoje modificou. Dada a grande quantidade de notas de rodapé, do Eleutério e nossas, até para não confundir o leitor, optamos por iniciar com nova numeração a cada capítulo.

Gostaríamos de agradecer a inestimável colaboração de Lenir Santos e Nelson Rodrigues dos Santos, que elaboraram os comentários fundamentais para o adequado entendimento e atualização de informações. Agradecemos também a Ana Costa, Paulo Buss, Sônia Fleury Teixeira, Christina Tavares, a família de Eleutério (Lúcia, Sylvia e Pedro Paulo), Péricles Silveira da Costa, Márcio Almeida e a equipe da Editora Fiocruz, responsáveis por, respectivamente, a ideia, o apoio e o prefácio, a orelha do livro, os originais do texto de 1988, os originais eletrônicos do texto de 1999, a efetivação da ideia, a ajuda na elaboração de notas explicativas e elucidação de certas passagens e por contribuírem no processo de revisão do texto e em sua editoração.

Acreditamos que com esta publicação preenche-se uma lacuna e recupera-se uma etapa importante da história da Reforma Sanitária brasileira, tornando disponível aos estudiosos e militantes da saúde coletiva rico material para reflexão e para a ação.

Achamos que, ao final, somos nós que devemos agradecer por termos sido escolhidos – pela vida e pelo destino – para organizar o livro.

Os organizadores

Nelson Rodrigues dos Santos

Eleutério Rodriguez Neto foi um dos mais atuantes militantes do *movimento da reforma sanitária* no complexo processo de articulações e negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que geraram o capítulo da Seguridade Social. Seu trabalho contribuiu para que o resultado incorporasse fortemente os direitos da cidadania, a universalidade, a equidade e outros princípios, incluindo a diversidade da base de financiamento.

Atendendo ao convite feito pelos organizadores do livro, cumpro aqui a tarefa de rever e atualizar os aspectos referentes ao financiamento da Saúde para que o leitor possa avaliar o brilhante trabalho com que Eleutério nos brindou e conhecer seus desdobramentos políticos.

Lenir Santos

Este trabalho é a tese de doutorado de Eleutério Rodriguez Neto. Foi escrito em 1988, momentos antes de a nova Constituição ser promulgada. Por isso, muitos dados não estão atualizados. A in-

tenção é atualizá-los, mantendo o texto tal qual foi escrito, sem desnaturá-lo. O leitor terá o texto conforme foi concebido e outros que o atualizam.

Esse é o meu papel no tocante aos aspectos jurídicos da Saúde. Atualizar os dados da construção jurídica do SUS, o que faço com imensa satisfação, uma vez que muito aprendi com Eleutério Rodriguez Neto e muito o admiro. Foi um incansável lutador pelos direitos coletivos e individuais e sua atuação eficaz, constante, trazia o seu idealismo e entusiasmo e a sua vontade de transfigurar a realidade política do país. Sou grata aos organizadores por me escolherem para cumprir essa missão.

A sistemática que adotei é tentar atualizar o texto, fornecendo esclarecimentos.

Mas não gostaria de começar o meu trabalho sem dizer a você, Eleutério, um verso de Cecília Meireles:

*Não te aflijas com a pétala que voa:
também é ser deixar de ser assim.*

INTRODUÇÃO

A história é velha: quem faz ciência não tem tempo de fazer política, e quem faz política não tem tempo de fazer ciência. Comigo não tem sido diferente. O projeto acadêmico foi interrompido e reorientado várias vezes em função dos projetos políticos, em relação aos quais sempre pairava um compromisso coletivo maior que em relação àquele. Isto é, o projeto de efeito individual sempre comprometido pelo de efeito coletivo. Parece que algo está errado. Ou na concepção do que seja trabalho acadêmico, ou no que seja a prática político-institucional, ou em ambos; provavelmente em ambos.

Os tempos acadêmicos e políticos se contam em relógios diferentes, enquanto os protagonistas só podem, em cada momento, caminhar na mesma direção e na mesma velocidade; o contrário seria a esquizofrenia. Seria necessário optar definitivamente por um ou por outro? Essa dúvida, que me assaltou em muitos momentos, não parece fazer sentido quando verificamos os caminhos recorrentes que todos somos obrigados a trilhar quando temos que nos submeter à história traçada por outrem. E essa história é absolutamente efêmera, apesar de estarmos mergulhados na realidade, procurando transformá-la, e não apenas compreendê-la. Aliás, já dizia Piaget, a compreensão só advém da intervenção concreta sobre o objeto de conhecimento.

Tudo me leva a crer que a angústia do não cumprimento dos prazos acadêmicos e do dinamismo dos objetos de estudo é fruto tanto da rigidez acadêmica, cujo superego difuso imobiliza a criatividade, quanto de uma insuficiente disciplina política individual e coletiva que o tempo todo nos avisa que “não dá tempo para parar”.

Penso que algo deva mudar nos critérios acadêmicos, assim como a prática política deva ser menos egoísta e mais solidária.

Tenho certeza, no entanto, que, se este trabalho possibilita cumprir uma formalidade acadêmica para poder receber o passaporte para seguir viagem, o mesmo tem um papel ritual e representa simbolicamente a culminância de um período de intenso trabalho político-institucional comprometido com a causa da democracia, buscando a consistência técnica e ideológica essencial para uma prática consequente e refletida.

Portanto, não considero este um trabalho maior ou menor que tantos outros realizados no período e que ganharam autoria coletiva, impessoal ou mesmo alheia.

Longe de querer negar a academia, meu desejo é de que se processe uma revolução nas suas relações com o mundo do dia a dia; que o seu produto possa ser identificado não só retrospectivamente, mas na mudança objetiva das situações de trabalho institucional e político. Não tenho dúvidas de que meu instrumental de trabalho foi forjado pela exposição ao conhecimento de medicina social do Departamento de Medicina Preventiva da USP e de tantos outros companheiros. Mas sinto que a empreitada poderia ter sido menos angustiante e dolorosa e, talvez, até mesmo mais produtiva, se os espaços institucionais fossem mais permeáveis entre si. Acredito, no entanto, que esses são avanços não se dão no abstrato, mas são conquistas da própria democracia, num tempo ainda por vir.

Sinto uma falta imensa, doída, de Cecília Donnangelo, que já não fazia muita fé na minha carreira acadêmica, mas apostava, e me desejava sucesso, na minha prática político-institucional. Com ela aprendi quase tudo que sei do *métier*; o essencial para ter segurança no meu trabalho e, ao mesmo tempo, desconfiar sempre, duvi-

dar sempre, na busca do caminho mais correto, mais consequente; não sei se lhe honro os ensinamentos.

De 1979 até hoje, vivi, por dentro, quase todos os momentos críticos da Saúde – o chamado *movimento sanitarista*.¹ Desde o I Simpósio Nacional sobre Política de Saúde da Câmara de Deputados até a Constituinte.

Não posso deixar de registrar aqui alguns momentos pessoalmente muito importantes.

Foi de uma riqueza enorme a oportunidade dada por Marlow Kwitko, quando vivemos juntos as angústias, as incertezas e um certo sentimento de solidão, na elaboração do plano do Conasp. Acho que valeu a pena, pelo crescimento pessoal e pelo avanço do projeto. É inesquecível o período do Departamento de Planejamento de Saúde (PLS) do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Se não fosse a garra, a vontade, o compromisso e a amizade de um grupo de companheiros e companheiras, não teríamos rompido com o conservadorismo da máquina, e as Ações Integradas de Saúde (AIS) talvez tivessem tomado outros rumos. Mais que isso, inauguramos, “na raça”, o planejamento estratégico no Inamps, assim como, tenho certeza, um novo tipo de relação entre as pessoas daquela instituição. Para representar aquele grupo tão querido e todas as pessoas que acreditaram na empreitada, abraço Santinha, Temporão e Jouval.

O “rebote” que nos atingiu no apagar das luzes da velha República foi compensado pela oportunidade oferecida por Carlos Sant’Anna, a nós apresentado por Fabíola Nunes.

¹ O próprio autor, no glossário de siglas que apresenta ao final do livro, incluiu a seguinte observação: “Usaram-se os termos movimento, movimento sanitário e movimento sanitarista, como sinônimos”. (N. dos O.)

Os retrocessos da Nova República não eliminaram a sensação de gratificação pelo trabalho realizado nem o sentimento quase glorioso de participar de momento historicamente tão importante. As dificuldades do dia a dia no Ministério da Saúde foram amenizadas pelo *esprit de corps* da nossa equipe, comprometida antes de tudo com o projeto de democratização da Saúde e das instituições. Acho que Agenor e Jô (Jorde) representam bem o espírito solidário das equipes técnica e administrativa que nos deram condições para resistir.

A acolhida generosa de Cristovam Buarque e de Eduardo Queiroz, ao nos reabrirem as portas da UnB, nos iluminou novamente a alma.

O apoio certo de Hésio Cordeiro e Sérgio Arouca, que, através do Inamps e da Fiocruz, “bancaram” a criação do Nesp da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, nos fez ter certeza do acerto do trabalho até então realizado e nos deu confiança e segurança para construir nova equipe e resgatar as esperanças frustradas de quem cursou a UnB por escolha político-pedagógica e nunca se conformou com sua conspurcação.

O trabalho do Nesp na “nova” UnB, parece, começou a abrir as oportunidades para aquela almejada integração docente-assistencial (lamentada desde a dissertação de mestrado),² numa ruptura da ortodoxia acadêmica que o Cristovam Buarque tão bem soube promover. O acompanhamento e a assessoria à Assembleia Nacional Constituinte, se bem que em nome de todo o *movimento*, foram viabilizados por essa nova concepção do trabalho acadêmico.

²O autor se refere a sua dissertação de mestrado em Medicina Preventiva, Integração Docente-Assistencial em Saúde, Faculdade de Medicina, São Paulo, 1979, 87 p. (N. dos O.)

Ao longo desse percurso, muitos outros companheiros e companheiras estiveram conosco nos apoiando, estimulando e interagindo. Somos todos integrantes dessa legião de “otimistas incorrigíveis”, como dizia Gentile.

Desejo ainda registrar meu agradecimento à Organização Pan-americana da Saúde, que apoiou financeiramente a realização do projeto de acompanhamento da Constituinte, cujos resultados se consubstanciam, principalmente, neste livro e nos vários videotapes produzidos.

Meus agradecimentos à solidariedade, ao apoio e à colaboração das equipes do Nesp, do Centro de Estudos e Acompanhamento da Assembleia Nacional Constituinte (Ceac) e da Vídeo Lontra, aos integrantes da Plenária da Saúde, da Abrasco, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Federal de Medicina (CFM); e, pessoalmente, a Alina, Samara e Peti.

A Lúcia Ypiranga, Sylvia e Pedro Paulo, minhas costumeiras desculpas (sempre aceitas) pela inconstância de nômade e pelas impertinências. O agradecimento seria cabotino; afinal, somos todos cúmplices.

Peço desculpas por qualquer constrangimento causado por alguma referência pessoal.

Este trabalho foi inicialmente apresentado à Faculdade de Medicina da USP em 1988, como tese de doutorado em Medicina Preventiva, mas não pôde ser defendida por impedimentos da ordem político-administrativa contra os quais tentamos reagir em vão. Uma segunda tentativa de apresentar a tese na Ensp/Fiocruz não foi viável, pela minha absoluta indisponibilidade de tempo e, mais uma vez, pela incompatibilidade com as minhas atividades do dia a dia. Sou, no entanto, grato à paciência de Marília B. Marques e

Sérgio Arouca, que se dispuseram a me dar guarida e orientar, respectivamente.³

Dada a natureza do trabalho muito fático, o formato final de livro permitirá (espero) que a história aqui registrada ajude a compreender o percurso recente das políticas de Saúde no Brasil.

Este trabalho pretende, antes de tudo, ser um registro do processo Constituinte sobre Saúde, vivido nos anos de 1987 e 1988 pela sociedade brasileira.

O enunciado anterior leva a algumas considerações que compõem as próprias hipóteses de trabalho, assim como a sua estratégia metodológica.

Quando se fala em processo Constituinte vivido pela sociedade brasileira, descarta-se a exclusividade da elaboração da nova Constituição pelos próprios parlamentares constituintes. Assume-se que, bem ou mal, pouco ou muito, houve uma participação direta de outros segmentos da sociedade na definição dos rumos, das teses e dos preceitos que passaram a integrar a nova Constituição. No caso específico, discutir-se-á o papel e a estratégia com que o movimento civil denominado *movimento sanitário* influenciou nesse processo, assim como os outros interesses que estiveram presentes.

Subjacente a isso, está a ideia hipotética de que o *movimento pela democratização da Saúde* obedeceu a um certo grau de autonomia em relação aos outros campos de prática, econômicos ou sociais; grau de autonomia este representado por um avanço tem-

³ Uma terceira iniciativa ocorreu, em 1999, com a abertura do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob estímulo e orientação do prof. dr. Volney Garrafa, a quem o autor agradece pelo apoio, paciência e insistência no que consistiria a introdução dessa versão do trabalho. Nessa ocasião o texto foi digitado por Wilson Geraldo de Oliveira e Ana Paula Coelho Neco, aos quais o autor agradece pela atenção. (N. dos O.)

poral das suas teses, em comparação com o próprio processo de democratização e com a consistência dos projetos de outras áreas. Isto é, passou a ser voz corrente que o *movimento* da Saúde foi o mais organizado e consistente, levando a conquistas aparentemente mais avançadas que o conjunto das formulações econômicas poderia antecipar, e o nível de organização popular pudesse garantir.

Duas perguntas, pois, a se tentar responder no decorrer do trabalho: até que ponto esse “avanço” constitui realmente um paradoxo, e a que se pode atribuir esse aparente sucesso do *movimento*?

Entende-se que as respostas a essas questões passam pela compreensão de cinco elementos: as características politizadas do próprio *movimento sanitarista*; a natureza do projeto – a Saúde, que, se por um lado é propícia a servir de indicador e motivador das questões sociais e democráticas, tem, por outro lado, um componente técnico dominado por poucos –; a fragilidade do aparelho institucional do setor, tanto público quanto privado; a natureza e as peculiaridades das políticas institucionais, cujos casuísmos não deixam de influir nos resultados finais do processo; e, por último, o perfil de representação e a dinâmica da Assembleia Nacional Constituinte, ao se considerá-la como desfecho (ainda que provisório) do processo.

Nesse sentido, este livro é composto por quatro conjuntos de formulações, não necessariamente separados entre si. Um, a análise do *movimento*, sob a característica de descrição e depoimento a partir da vivência pessoal. Um outro, o resultado do projeto elaborado para acompanhar e influir sobre os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, no que diz respeito à Saúde e executado em equipe pelo Nesp, como integrante do Ceac da UnB e participante da Plenária Nacional de Entidades pela Saúde na Constituinte.

Como terceiro componente, a análise comparativa dos projetos de textos para a Constituição, assim como de Constituições estrangeiras vigentes. E, como pano de fundo, a contextualização da Saúde e do processo Constituinte em relação ao Estado brasileiro.

Como pode se depreender dos propósitos do estudo e da consequente metodologia empregada, é impossível que o trabalho final seja ortodoxo, em termos acadêmicos. O envolvimento político e ideológico com o processo, se na visão de alguns pode limitar a isenção nas análises e conclusões, confere a estas, no entanto, uma legitimidade inquestionável, a depender exclusivamente da clareza na formulação do raciocínio científico empregado. Aliás, nunca é demais se reiterar a crença na impossibilidade de neutralidade na ciência. Seus resultados serão tanto mais orientadores e efetivos para a compreensão do seu objeto, quanto mais comprometidos política e ideologicamente forem os seus sujeitos.

As informações a respeito da dinâmica do processo Constituinte foram obtidas não só por meio de registro de documentos e de vivências pessoais, mas também e especialmente através de registro documental em videotape de entrevistas, debates e situações, cujos originais estão disponíveis para consulta e estudos mais aprofundados.

Por último, à guisa de conclusão, apresento um balanço do período pós-Constituinte e a necessidade de uma agenda estratégica para a implementação da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, denunciando o afastamento do SUS em relação à doutrina da Reforma Sanitária.

1. A SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO: OS LIMITES DO ESTADO

Ao se discutirem as perspectivas da Saúde no contexto de uma nova Constituição, vários aspectos afloram de imediato: de que Saúde se está falando, o que se pode esperar de uma nova Constituição e que país é este onde esses fatos ocorrem.

Embora constem deste primeiro capítulo, dado o seu grau de generalidade, o seu conteúdo não deixará de permear os demais capítulos. Isso não significa, entretanto, um descuido com os conceitos; pelo contrário, no correr das análises sobre os fatos objetivos que constituem a base deste trabalho, sempre se tentou o rigor e a coerência, a partir de uma determinada visão do mundo e de seu correspondente instrumental teórico.

Considera-se, no entanto, necessário explicitar alguns desses conceitos, sistematizar um pouco mais algumas abstrações apreendidas no correr dos trabalhos e aventar algumas questões para as quais não se encontrou respaldo suficiente em outros autores ou no senso comum.

Esses propósitos afastam por completo qualquer veiledade teórica, entendida como a intenção de desenvolver uma teoria a respeito dos fatos observados. O máximo que se pode ou se consegue é apontar alguns pontos críticos do processo analisado. A compreensão desse processo e de seus condicionantes é essencial para orientar as próximas etapas políticas e técnicas no “garimpo” dos terrenos mais férteis e ricos para o avanço do processo de democratização da Saúde e, por suposto, da sociedade.

Assim, voltamos à questão inicial: quais as possibilidades de avanços reais das conquistas relativas à Saúde, “hoje e agora”, deste país concreto e, particularizando, por meio da institucionalização constitucional do direito universal à Saúde?

A tentativa de resposta a essa pergunta, refeita infindavelmente durante o processo de observação e análise dos fatos ocorridos no período a que se refere o livro, pressupõe a análise de uma série de outras questões: que Estado é esse, do “Brasil hoje”; quais as características do processo de transição que se vive; em que diretriz ele aponta; que cidadania está sendo moldada?

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

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

Pode parecer obviedade chamar a atenção para essa dualidade; mesmo porque, até uma certa época, predominaram os estudos

que pretendiam analisar as relações entre nível de vida e nível de saúde. Do questionamento das abordagens descritivas e acríticas, sob uma perspectiva funcionalista, até hoje hegemônica na área da epidemiologia, surgiram não só as tentativas de análises histórico-estruturais, como também e principalmente a incorporação pela área de Saúde Coletiva de um novo campo de estudos, capaz de gerar uma compreensão mais global dos processos no campo da Saúde e uma intervenção mais concreta e imediata, qual seja, o das políticas de Saúde, especialmente orientado à questão da organização das práticas e dos serviços de Saúde.

Entretanto, apesar da existência de numerosos estudos relevantes não só sobre o nível de saúde de uma população e seus determinantes, como também sobre as políticas de atenção à Saúde, com contribuições essenciais para a compreensão da dinâmica setorial e para a orientação da correspondente prática política transformadora, julga-se que alguns dos conceitos e categorias em uso podem não estar revelando ou evidenciando de forma suficiente certos aspectos; pelo contrário, podem estar mascarando o problema mais de fundo, isto é, a real determinação de classe dos problemas de saúde, remetendo o centro das atenções para os ângulos racionalizadores da política setorial.

Mesmo que se esteja correto nessa afirmação, em nenhum momento se deseja negar a pertinência e a coerência do processo de construção intelectual e política das “políticas alternativas de Saúde”, objeto do *movimento pela democratização da Saúde* a que se vai referir mais à frente. O que se pretende é – partindo de um suposto de que a Saúde pouco aparece como categoria de análise ou como critério de luta dos movimentos populares – chamar atenção para a necessidade de construção dos nexos que, se fazem do Sistema de

Saúde mediador para estabelecimento do consenso numa sociedade de classe, permitem que o conhecimento aí organizado seja um instrumento de luta política que transcenda os objetivos da política social setorial específica.

Talvez essa análise possa embutir um certo ranço voluntarista derivado da militância político-institucional que a todo momento busca justificativas para essa prática. A avaliação que se faz, no entanto, é que os resultados e as conquistas objetivas a têm sempre justificado. Mas não só: a prática tem me feito compreender (ou imaginar) que existe aí um conceito “gigante adormecido”, ainda por ser despertado e posto a serviço dos interesses populares; o problema é dominar o “antídoto do sono” estimulado pela ordem estabelecida.

Deixando de lado as metáforas, convém buscar os argumentos para essa conjectura.

Todo o corpo de reivindicações dos movimentos progressistas da Saúde que pretendem ter uma relação orgânica com os setores majoritários e populares da sociedade, assim como a sua luta, tem estado orientado à conquista do direito à Saúde como componente dos direitos sociais e ampliação do conceito de cidadania. Vários autores (Paim, 1986; Souza Jr., 1986) discutem essa questão, mas os textos recentes de Sônia Fleury Teixeira sobre o assunto são os que têm tratado mais particularmente da questão Saúde.

Segundo a autora:

(...) a conquista da cidadania através da implementação das políticas sociais é sempre o resultado concreto e específico de uma relação de forças das classes em luta pela hegemonia, de sorte que a resultante deste processo é a corporificação legal e institucional das relações de força estabelecidas historicamente entre as clas-

ses e mediatizadas pelo Estado, na busca da preservação da hegemonia dominante ou na consolidação de um projeto alternativo de contra-hegemonia (Teixeira, 1986: 95).

Essa ideia, ou conjunto de ideias, que tem constituído a *ratio* explícita ou implícita de toda a estratégia e tática do *movimento sanitário*, parte de alguns princípios e conceitos essenciais, já declinados pela autora, mas que merecem ser retomados: em primeiro lugar, da noção de que o Estado é o elemento “organizador” das relações sociais, tanto nas suas vertentes de coerção quanto nas de consenso. Isto é, mais que um representante dos capitalistas por si, é um “zelador” das condições que permitem a reprodução das relações de produção na perspectiva do desenvolvimento e ampliação do modo de produção, por meio não só das ações coercitivas, como também do exercício da hegemonia.

Nesse sentido, segundo O’Donnell, “O Estado é, como fiador daquelas relações, o limite negativo das conseqüências negativas de sua reprodução”. E, por outro lado,

a competição ao redor da acumulação do capital determina que o burguês não se ocupe de decisões e investimentos necessários para a conquista das condições sociais que permitem, entre outras coisas, a reprodução do sistema de classes, a acumulação e a resolução de certos problemas “gerais” (tipicamente, as tarefas do Estado liberal na educação, Saúde, obras de infraestrutura física e, ademais, as intervenções diretamente “econômicas” do Estado capitalista moderno). Estas, diferentemente das anteriores, não são limites negativos à atuação dos capitalistas, mas um condicionamento do contexto social, de que “alguém” deve ocupar-se. (...) “esse alguém” que se ocupa de tais planos, são as instituições estatais (O’Donnell, 1981a: 80-l).

Essa mediação entre os interesses dominantes e os dominados, ainda que fiadora dos primeiros, é que faz das instituições estatais algo visto como exterioridade pelos dois segmentos, comportando inclusive as posturas antiestatal dos capitalistas quando estes veem nessas instituições a acolhida de direitos conquistados pela classe dominada.

Essa racionalidade distinta da do capitalista, em termos dos seus interesses imediatos, é viabilizada pela criação da noção formal e abstrata da “igualdade de direitos”, substrato declarado do Estado capitalista e, em especial, do Estado liberal que postula ser o Estado dos cidadãos.¹

Os cidadãos são, pois, os que têm os mesmos direitos frente ao Estado. No entanto, tem-se que atentar para o fato de que a igualdade dos direitos se dá perante o Direito que consubstancia os interesses hegemônicos presentes no Estado, representantes da classe dominante. Isto é, uma igualdade entre desiguais, na medida em que dá por suposto uma igualdade entre os que compram e os que vendem a força de trabalho; é um reconhecimento da “normalidade” dessa relação como resultado de atributos “naturais” de cada um, os possuidores e os despossuídos dos meios e instrumentos de produção.

É nessa esteira da conquista progressiva do direito a certos serviços sociais e, portanto, da conquista cada vez mais ampliada da cidadania, viabilizada por seu turno pela possibilidade teórica e real do exercício da contra-hegemonia, que os movimentos que tem uma relação orgânica com os interesses populares vêm

¹ Para um maior aprofundamento, ver o artigo de O'Donnell, nos números 3 e 4 da revista *Lua Nova*, 1981a e 1981b.

construindo a “contrapolítica” de Saúde e, concretamente, conquistando avanços objetivos em termos de incorporação e reorganização pelo Estado de novas práticas dirigidas ao atendimento de aspirações legítimas e essenciais (tanto para a satisfação de necessidades majoritárias quanto para o asseguramento do consenso) (Konder, 1986).

E é também decorrente dessa concepção de Estado a compreensão que se tem tido sobre o porquê da possibilidade desses avanços a despeito da resistência do setor de prestação de serviços de Saúde, assim como daqueles pretensamente representantes dos interesses empresariais em geral. Leandro Konder (1986) chama atenção sobre o imediatismo da burguesia nacional, que nunca alimentou ambições estratégicas.

Essa contradição própria do Estado capitalista e particular do brasileiro (talvez se pudesse falar dos ibero-americanos), combinada com o desmantelamento do Estado autoritário burocrático (AB)² e com sua “nostalgia das mediações” das quais havia prescindido grandemente na sua vigência, tem sido as condições básicas para a construção da contra-hegemonia, de acordo com a estratégia descrita e analisada por Sarah Escorel (1987) e retomada especialmente no segundo capítulo deste trabalho.

Somam-se à complexidade e potencialidade desse espaço de luta política e ideológica as características inusitadas da transição do AB brasileiro para seu sucedâneo, ainda por definir-se, num período tão longo que já transcende a duração do próprio AB, caso se considere o seu declínio a partir de 1974.

² Conceitos retirados de O’ Donnell, 1987.

José Álvaro Moisés discute os paradoxos dessa transição, que se caracteriza pela indefinição do seu ponto de chegada e que comporta que se proponham não só “os objetivos que são literalmente possíveis, mas também aqueles que preparam o que hoje parece ser impossível” (Moisés, 1986).

Utilizando-se da imagem poética do “lusco-fusco”, esse autor considera que a riqueza do momento e o direito da esperança que se pode ter no seu desfecho dependem da capacidade dos protagonistas sociais e políticos que disputam o espaço institucional e político. Analisando os aspectos relativos ao fortalecimento da sociedade civil de acordo com o conceito gramsciano, as falácias do corporativismo e do estatismo e os riscos da democracia formalista, acaba por privilegiar a questão da democracia para a qual há que se propor projetos concretos:

Uma alternativa realista, por parte de quem efetivamente quer a democracia, não pode prescindir de uma proposta global e bem precisa que inclua uma engenharia das instituições: pois a democracia, além de regras bem precisas que resguardam direitos fundamentais (e iguais) dos cidadãos, inclui também espaços de distribuição de poder que não resultam necessariamente da derrota da ditadura; supõe-se a sua projeção, resultam de uma construção arbitrária (embora racional) dos homens. É nesse sentido que cabe falar da democracia como uma produção histórica (Moisés, 1986: 150).

Quando se analisa a estratégia do *movimento sanitário*, parece que, pelo lado do acerto, e com base nesses postulados (no caso explicitado *a posteriori*), a mesma vem se mostrando bastante consistente e conseqüente, com mudanças de qualidade e direcionalidade das práticas setoriais talvez não vistas em outro setor.

No entanto, retomando-se a problemática denunciada no início, há também a sensação de que houve algumas alterações de tônica ao longo do período.

Partindo de um posicionamento político claro, baseado na produção científica de evidente papel setorial na reprodução das relações de produção³ e na perspectiva da construção da democracia, o *movimento* avançou sem retrocessos, conquistando espaços institucionais e, pode-se dizer até que, do ponto de vista formal (inscrição no texto constitucional), impondo uma “contrapolítica”. Contudo, parece ser este um momento crítico e propício do processo, no sentido de se refletir sobre a adequação de suas táticas atuais.

Sônia Fleury Teixeira já chamou atenção sobre algumas dessas questões quando tratou do “dilema reformista” (Teixeira, 1987). Sarah Escorel também, nas conclusões da sua dissertação (Escorel, 1987). Julga-se necessário, entretanto, reforçar o “ponto”.

Ocorre que, partindo-se de uma prática em que a questão democrática era central (Cebes, 1980), parece que se chega a uma situação em que é privilegiada a construção institucional da política. A reflexão que se faz não é sobre algum desacerto da tática, pelo contrário. O que se propõe é que o *movimento* volte a privilegiar a questão da democracia neste momento da transição, que, por um lado, afasta dos espaços institucionais os setores que têm uma relação orgânica com os interesses populares, mas, por outro lado, assegura um novo contrato – a Constituição, em que certas conquistas cristalizam-se num novo patamar. Ou seja, a recomposição política das alianças, que incluem desde os movimentos “de base”

³ Ver como marco desse tipo de produção: Donnangelo, M. C. F. e Pereira, L., *Saúde e Sociedade*, São Paulo, Duas Cidades, 1976.

até os partidos políticos progressistas, passando pelas organizações setoriais, sob a perspectiva da construção concreta dos meios de exercício do controle social, já não só sobre a racionalidade setorial, mas, principalmente, sobre sua intencionalidade.

Nesse sentido, embora a cidadania possa ser (e é) um “conceito meio” útil e necessário para a negociação consentida dos direitos, inclusive à Saúde (ou mais particularmente, à atenção à Saúde), há que se ter clareza dos seus limites.

Como diz Leandro Konder:

Se eles (os liberais) se dispõem a promover o reconhecimento do efetivo direito de todos à cidadania, precisarão encaminhar um processo de democratização que só pode se realizar, na prática, mexendo na questão da propriedade. (...) Admitirão que, em determinadas condições, o exercício da cidadania por parte dos trabalhadores rurais passa por seu acesso à posse da terra? (Konder, 1986: 116.)

A cidadania definida no contexto do capitalismo e do liberalismo constrói-se pelo processo de agregação de direitos e não comporta uma descontinuidade, uma desagregação da ordem, do Direito. Não que essa não seja uma via para o avanço na conquista objetiva dos direitos sociais; na realidade, historicamente, é a via privilegiada e deverá continuar a ser. Mas esse é o terreno do “possível” conforme refere José Álvaro Moisés. Faltaria a construção da utopia; não como “pano de fundo” inspirador, mas como instrumento de contra-hegemonia, na perspectiva de ruptura da sociedade de classes.

Fazendo considerações a respeito das noções de “povo” e “popular”, O'Donnell agrega argumentos à tese:

O ponto fundamental é que a confrontação do discurso igualitário e imparcial do Estado capitalista com a evidência de desigualdades – embora não descobertas em suas causas profundas – recoloca continuamente a possibilidade de reemergência de *lo popular*. (...) Por isso também *lo popular* é uma mediação menos potável para o Estado capitalista e para a dominação em que se insere, que as demais mediações, da cidadania e da nação (O'Donnell, 1981b: 79-80).

Apesar das ambiguidades da noção de “povo”, que também leva a certos disfarces da noção de classe, conforme alerta o próprio O'Donnell, parece haver um certo prurido dos movimentos mais intelectualizados no seu manuseio. Embora se proponha como desafio uma atuação no sentido de uma maior aproximação com as categorias populares “necessidades” e “expectativas”, o conceito aqui foi mais utilizado com o intuito de argumentar a favor da limitação da noção de cidadania como categoria essencial.

Por outro lado, mas na mesma direção, há que se considerar o poder denotador das categorias “saúde” e “doença” na compreensão da estrutura social (de classe). Insiste-se nessa questão, não como conhecimento a ser produzido, mas, especialmente, a ser difundido. Daí a decorrência da imposição da retomada da ênfase na questão da democracia (possibilidade real de influir) e nas novas formas de articulação e aliança com os movimentos populares.

Isto é, considera-se que uma via a ser trabalhada nesse momento é a articulação mais estreita do *movimento sanitário* com os chamados “movimentos populares” por meio da instrumentalização de suas lutas não apenas com o direito às ações de Saúde, mas do direito (formalmente inscrito na Constituição) aos meios que “reduzam o risco de doenças e outros agravos”, através das

políticas econômicas e sociais correspondentes.⁴ Ora, isso implica, como preconizava a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a mudança de foco da assistência para as políticas gerais, que são as determinantes efetivas das condições de saúde e doença na população. Ou, por outro lado, remete à discussão da estrutura de classes e à posição de cada qual nessa estrutura.

Embora para muitos esse dispositivo constitucional seja visto como retórica e sem poder de autoaplicação, sem dúvida institui uma nova categoria que pode ajudar na superação dos já referidos desvios corporativo e estatizante.

Ao mesmo tempo, portanto, que se abre espaço para o aprofundamento da “engenharia das instituições”, essencial à consolidação e irreversibilidade do processo, coloca-se o desafio de uma organicidade mais funcional (e não apenas estrutural) com as organizações populares e os partidos políticos que representam seus interesses pela incorporação nas suas plataformas de luta das categorias que demonstram que a doença é a manifestação última da condição de classe.

Ainda que isso possa parecer óbvio para quem milita no setor Saúde, não parece estar tão claro para o movimento popular, além de não interessar às elites, que, inclusive, de algozes acabaram por se tornar vítimas da sua própria organicidade com a lógica do capital, abstraída dos interesses particulares de cada um.

⁴ Ver texto aprovado para a seção Saúde pelo Plenário da Assembleia Nacional Constituinte, no anexo 2. (O autor escreveu este capítulo antes da aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil, em outubro de 1988. Refere-se ao Art. 196, que recebeu a seguinte redação: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. N. dos O.)

Assim, uma democracia substantiva que se proponha a viabilizar o acesso universal aos bens e serviços terá obrigatoriamente como seu “objetivo-fim” a saúde de todos e de cada um.

A título de exemplo, chama a atenção o processo vivido em Cuba, onde a Saúde é uma categoria do governo democrático, quando, além da prática concreta que a privilegia, está presente no próprio discurso do Estado, explicitado pelo Comandante Fidel Castro, que assinala como objetivo do regime a extensão da vida de cada um e de todos os cubanos.⁵

No que diz respeito à utilização do instrumento Constituição como tática do *movimento*, há que se considerar a sua relatividade e formalismo, conforme denuncia Dalmo Dallari (1986). Entretanto, o próprio autor chama a atenção para o prestígio teórico que tem a Constituição, mesmo que seja reiteradamente desrespeitada pelos governantes. Mas isso já é, formalmente, uma transgressão, passível de um pleito em contrário dos cidadãos, o que significa a sua potencialidade como parâmetro do consentido, do pactuado.⁶

Mais que isso, no entanto, e a despeito dos casuísmos da convocação e do seu funcionamento (este, revelado nos relatos dos próximos capítulos), o processo constituinte tem um valor em si, na medida em que se transforma na arena política e desnudada do enfrentamento dos interesses presentes na sociedade. Ainda que

⁵ Anotações pessoais de uma palestra do Comandante Fidel Castro, Havana, 1986.

⁶ Vai-se entender aqui a Constituição como o nível mais abrangente da explicitação do Direito em uma formação social concreta, sem se ater às diferenciações formais entre os vários tipos de Constituição. A tentativa de abordagem por essa via revelou sempre categorias pouco explicativas que não foram julgadas relevantes para o trabalho. Segundo uma definição mais formal, Manuel G. Ferreira Filho define a Constituição como sendo “o conjunto de regras concernentes à forma de Estado, à forma de governo, ao modo de aquisição e exercício do poder, ao estabelecimento de seus órgãos, aos limites de sua atuação” (Ferreira Filho, 1975).

a composição da Assembleia Nacional Constituinte não possui a representatividade proporcional desses interesses, dados os desvios históricos dos critérios e processos eleitorais, como condição de reprodução da democracia representativa liberal burguesa, as teses aí esposadas em nome dos respectivos grupos de interesse têm um papel pedagógico importante para a luta política imediata.

De qualquer forma, a inscrição na Constituição do direito à Saúde significa a culminância de um processo de lutas e conquistas do *movimento pela democratização da Saúde* com sucesso inquestionável, que, entretanto, coloca o desafio da sua própria superação não apenas pela sua via de desenvolvimento técnico, mas também pela sua capacidade de rearticular-se politicamente e contribuir ideologicamente para o aprofundamento da democracia como condição essencial de apropriação dos conhecimentos e instrumentos necessários à luta contra-hegemônica das classes hoje hegemônicas.

2. O CAMINHO ATÉ A CONSTITUINTE: A ATUAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO

Este capítulo não pretende ser uma história completa. Seria muita presunção e por si só poderia corresponder a várias teses, além de desrespeitoso com outros autores e projetos de pesquisa que pretendem aprofundar a análise dessa evolução histórica.¹

A intenção é contextualizar o processo Constituinte da Saúde. Para isso faz-se necessário o estabelecimento do seu “fio condutor” e dos seus condicionantes, que, se bem que tenham origens mais remotas,² podem ser identificados de forma mais contínua e evidente desde 1976.

Além de se tentar caracterizar o papel do *movimento* civil como impulsionador do processo, pretende-se também relatar alguns processos, internos às instituições, que definiram ou influíram sobre os rumos do processo como um todo e que não são passíveis de serem apreendidos pela análise de documentos oficiais. A vivência pessoal e direta dessas situações pode ser es-

¹ Em especial, o projeto “Estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de Saúde: Perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira”, coordenado por Sônia Fleury Teixeira, em execução na Escola Nacional de Saúde Pública desde 1986.

² Em termos contemporâneos, talvez se possa aludir à 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, como palco precursor das discussões mais orgânicas com o atual *movimento sanitário*, e que sofreram uma certa solução de continuidade a partir de 1964; em termos de liderança, o nome mais significativo daquele período talvez possa ser o de Mário Magalhães da Silveira.

clarecedora, embora eventualmente revele aspectos nem sempre edificantes. Ressaltamos que nossa análise é decorrente de uma visão parcial, unilateral, a ser completada em outra ocasião por quem possa ter vivido a situação em outra posição e observado-a de outro ângulo.

Duas coisas chamam a atenção de quem acompanhou o processo de construção e avanço das propostas de Saúde ao longo destes últimos anos.

Uma é a riqueza de momentos, propostas e projetos que faz o período parecer muito mais longo. A outra é a extrema linearidade do processo, com poucos retrocessos reais e uma convergência progressiva, demonstrando uma admirável consistência e consenso do *movimento* e do seu projeto.

Iniciar em 1976 o período aqui discutido não é arbitrário. Em realidade a simples criação do Cebes em 1976, com o início da publicação da revista e da série *Saúde em Debate*, já seria suficiente para ditar critério de periodização. Talvez esta tenha sido uma das iniciativas mais oportunas e bem-sucedidas no âmbito dos movimentos civis “setoriais”.

Mas, na verdade, a própria criação do Cebes tem a ver com a inflexão do modelo assistencial da Previdência Social, aliada ao início das conquistas associativas na sociedade brasileira como um todo. É o início da abertura política conjugada à instalação da crise da Previdência, e, em particular, do modelo de assistência médico-hospitalar, tendo como pano de fundo o fim do “milagre” e no horizonte as nuvens da recessão.

O Cebes construiu sua plataforma ao redor das denúncias da iniquidade da organização econômico-social e da perversidade do sistema de prestação de serviços de Saúde privatizado e antis-

social; como estratégia, a luta pela democratização do País e pela racionalidade na organização das ações e serviços de Saúde.

Talvez esteja aí a fórmula do sucesso. Isto é, a luta política associada a uma proposta técnica, fugindo, pois, tanto do imobilismo quanto do voluntarismo, polos muito comuns nos movimentos sociais então emergentes.

Uma outra característica sua também foi não ser um *movimento* corporativo, apesar de reunir quase que só profissionais de saúde. Conseguiu unir o conhecimento da realidade, acumulado por alguns grupos de medicina preventiva, social e de saúde pública, já então influenciados pela metodologia da ciência social marxista, às experiências de pessoas e grupos na implementação de projetos isolados de reorganização de serviços de Saúde, participação comunitária, na linha da atenção primária, medicina simplificada e outros projetos de racionalização.

Não se trata aqui de estabelecer pioneirismos e de tomar posição sobre tal ou qual iniciativa, em termos da sua importância ou precedência. O que importa é se ter clareza da organicidade que adquiriu o *movimento* então chamado *sanitarista*, mas cujo conteúdo leva necessariamente a uma designação mais precisa de *movimento pela democratização da Saúde*, conforme Paim.³

Outra peculiaridade do *movimento* foi a de estabelecer estratégias em várias frentes: desde a produção e divulgação de conhecimentos carregados de ideologia e de propostas transformadoras até a “ocupação de espaços institucionais” (tão polêmica na ocasião) e o trabalho com parlamentares. Apostar na via do parla-

³ PAIM, J. S., em documento apresentado durante o Seminário de Planejamento Estratégico na OPAS, Brasília, 1987.

mento certamente foi uma das estratégias mais bem-sucedidas. A partir da identificação de alguns parlamentares com o *movimento*, foi possível usar o espaço do Congresso Nacional para ampliar as discussões e as denúncias, assim como cobrar posicionamentos de autoridades da área.

A verve jornalística de um Carlos Gentile de Mello, cáustico crítico do regime e em particular do modelo previdenciário, também foi posta a serviço do projeto, levando o debate para o público em geral. Aliás, Gentile sempre fazia questão de ser apresentado como membro do Cebes. Foi um de seus sócios mais ilustres e combativos.

O suprapartidarismo também tem sido uma das principais virtudes do *movimento*, que une pelo critério de compromisso com a plataforma da democratização e da racionalização. Não se pode, no entanto, deixar de referir a grande influência inicial de militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), então na clandestinidade. O interessante é que as divisões partidárias que comprometeram, a partir da “abertura”, a ação mais unificada das esquerdas quase não afetou o *movimento* de Saúde. Ainda em 1988, como se verá adiante, todos os partidos de esquerda e os segmentos progressistas dos grandes partidos têm um projeto comum – o da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, de natureza pública.

Esse *movimento* chegou a ser alcunhado por alguns de “Partido Sanitário”, numa alusão crítica ao seu eventual corporativismo e “descolamento” do movimento político geral. É evidente que essa crítica partiu de setores discordantes ideológica e politicamente das teses do *movimento* e evidencia a ameaça que tal nível de unidade estratégica representava.

Embora a ideia do Sistema Único de Saúde não fosse nova, experimentada principalmente pelas economias socialistas e divulga-

da pelos organismos internacionais, foi a partir da realização do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, sob a assessoria do Cebes, que a proposta foi posta publicamente em debate. O documento trazido para discussão pela diretoria nacional do Cebes – “A questão democrática na área de Saúde” (Cebes, 1980) – acabou se transformando no documento final do Simpósio e na cartilha do *movimento*.

O Governo Figueiredo, iniciado em 1979, trouxe os ventos da abertura política e a influência do IIPND (1975-1979), que, no governo Geisel, introduzira a postura de uma política social mais agressiva.

Na área da Saúde, o período parecia ainda mais alvissareiro. Por um lado, começavam a amadurecer algumas experiências municipais de reorganização dos serviços de Saúde⁴ e o próprio Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass).⁵ Por outro lado, devido às circunstâncias políticas, aliadas ao decantado sucesso administrativo no Rio Grande do Sul, tanto o Ministério da Previdência e Assistência Social quanto o Ministério da Saúde foram entregues à equipe anteriormente responsável pela Secretaria de Estado de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul dos dois períodos anteriores; o ministro da Saúde foi indicado pelo ministro da Previdência, estabelecendo-se uma precedência hierárquica que veio a ser confirmada no futuro próximo.

Os laços pessoais, somados à necessidade de se formar uma equipe tecnicamente apta para empreender a modernização dese-

⁴ Especialmente Campinas, Londrina, Montes Claros e Niterói.

⁵ Ver a respeito ROSAS, 1981.

jada e declarada, levaram à conformação de uma equipe com reconhecimento profissional que incorporou vários integrantes do *movimento* mais politizado. Na realidade, mesmo os mais tecnocratas se julgavam integrantes do *movimento sanitarista*, o que para alguns veio a ser efetivamente confirmado.

A não unificação dos Ministérios da Previdência e da Saúde foi a primeira frustração do *movimento*, que, a partir do Simpósio da Câmara e das declarações bombásticas da plataforma do ministro da Previdência,⁶ a julgava uma medida natural.

As motivações para a não efetivação da unificação eram óbvias e válidas e, a rigor, são até hoje, embora possam parecer mais ou menos justificáveis em função da legitimidade dos interesses políticos em jogo. Na verdade, a disputa estava entre um maior ou menor poder para um ou outro ministro.

A necessidade de uma resposta técnica às pressões sociais e políticas, gerais e específicas do setor da Saúde, levou à criação de mecanismos de coordenação interministerial,⁷ assim como de um grupo técnico responsável pela elaboração de um projeto de grandes proporções para o reordenamento do setor. O grupo, interinstitucional, incluía técnicos dos Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS), Saúde (MS), Educação e Cultura (MEC),

⁶ Em audiência concedida a uma delegação de representantes de entidades presentes ao 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, na Câmara dos Deputados, em 1979, o ministro Jair Soares comprometeu-se com a medida, na presença do então presidente do INPS – que logo após seria indicado ministro da Saúde – Waldir Arcoverde. Ver também seu discurso perante a Comissão de Saúde na Câmara dos Deputados, em 1979.

⁷ O grupo responsável pela elaboração do anteprojeto era integrado por Carlyle G. de Macedo (Opas), Solon Magalhães Vianna (Ipea/Seplan), Alberto Pellegrini Filho (MPAS), Ricardo E. Scotti (MS) e Ana M. Barata (Ministério do Interior – Minter) que coordenava outros quatro grupos responsáveis pelas áreas de Recursos Humanos, Saneamento e Habitação, Saúde Escolar e Odontologia.

do Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Ipea/Seplan), de Secretarias Estaduais de Saúde, e, em particular, do grupo local e nacional da Organização Pan-americana de Saúde que, de fato, orientou tecnicamente os trabalhos.⁸

A partir da elaboração da primeira versão do projeto, em julho de 1980, que iria se chamar originalmente de Pró-Saúde⁹ e, posteriormente, por ingerência do Ministério da Previdência, passou a ser o Prevsauúde, o processo ocorrido pode ser considerado como do maior surrealismo.

Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram “vazadas”, havia debates públicos sobre as mesmas, e eram negadas para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando exauriu-se como projeto.

Alguns técnicos, membros do grupo de trabalho, que pertenciam ao *movimento sanitarista*, “vazavam” os documentos elaborados como única forma de torná-los públicos. A rigor, esse duplo papel de servir ao *movimento* e à instituição, dadas as características ainda repressoras do período, levava a uma quase esquizofrenia pessoal, embora de um mérito político inquestionável. Houve situação de se ter que preparar o roteiro de arguição dos ministros pela Comissão

⁸ Por não ter vivido diretamente esse período do lado institucional, que acompanhei “de fora”, como integrante do *movimento* civil, não entrarei em detalhes sobre o mesmo, na perspectiva do seu processo de elaboração, embora isto mereça ser contado. (Na ocasião Eleutério Rodriguez Neto era professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e, a partir de novembro de 1980, coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social. N. do O.)

⁹ Na realidade, apenas um documento inicial, ainda não sob forma de projeto, teve essa denominação.

de Saúde da Câmara dos Deputados e, ao mesmo tempo, elaborar as respostas dos próprios ministros. Por mais grotesca que possa parecer a situação, não se tem notícias de titubeios desses técnicos, e de resultados que indicassem o desacerto da tática. A relação com a imprensa também foi produtiva, embora tenha causado a “queda” de um ou outro.

Ao final de algumas versões, o Prevsauúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Gentille de Melo já o chamava de natimorto (1981b: 25-6).

O Prevsauúde era eminentemente um programa de serviços básicos de Saúde e estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada. Tinha um componente importante de investimentos no nível primário de atenção e preservava de forma significativa a rede hospitalar privada. Muito já se falou e escreveu sobre o Prevsauúde,³⁰ mas, neste caso, o importante é identificá-lo com o ideário do *movimento sanitaria*, uma proposta que incorporava suas principais diretrizes.

O fato de nunca ter sido apresentado oficialmente por supostamente ferir interesses que as instituições proponentes não quiseram ou não conseguiram contornar, transformou o Prevsauúde num verdadeiro paradigma das reformas desejadas pela sociedade civil e não atendidas pelo governo.

Pelo que se sabe, as pressões contra o Prevsauúde tiveram três origens principais. A primeira, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), que, emergente na ocasião, apresentava uma face de “capitalismo moderno”, simpática à Seplan. A outra pressão

³⁰ Entre as várias análises produzidas sobre o assunto, ver especialmente os editoriais e textos básicos produzidos pelo Cebes e publicados nas revistas *Saúde em Debate* 10, 11, 12 e 13 e os artigos nas mesmas revistas de Carlos Gentille de Melo e de Jaime A. A. Oliveira.

tinha por motivação a preservação dos interesses da área hospitalar privada, naquele momento a grande beneficiária do sistema vigente e que, embora preservado como estrutura no projeto, certamente teria de se submeter a novas e constrangedoras regras. Por último, os interesses do clientelismo político que encontrava no credenciamento de médicos e dentistas uma via privilegiada de realização; neste caso, a classe política, aliada aos interesses neoliberais representados pela Associação Médica Brasileira e por seu delegado, o então presidente do Inamps, dr. Harry Graeff, via no Prevsáude a morte da “galinha dos ovos de ouro”.

Contra tanta força não houve resistência, e, aparentemente, o Prevsáude foi engavetado. Aparentemente, porque, a despeito de o grupo de trabalho não ter mais se reunido e, publicamente, considerar-se que essa tinha sido uma batalha perdida (e a rigor foi), houve um processo de resistência intrainstitucional, especialmente por parte da Secretaria de Serviços Médicos do MPAS e da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, que tentaram, durante o ano de 1981, “salvar” alguma coisa do Prevsáude. Escoimado de sua parte estrutural, sobrou a proposta de articulação funcional entre Inamps, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, no que ficou conhecida como a proposta do “convênio trilateral”.

O convênio propunha um plano comum de aplicação dos recursos federais e estaduais para manutenção dos serviços públicos em cada estado, mediante um cálculo de custeio compartilhado, mantendo-se a identidade institucional. A minuta do convênio, posta em discussão na Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), foi definitivamente engavetada quando vários secretários de Saúde não quiseram assumir a eliminação da Unidade de Serviço (US) no setor público.

As argumentações eram várias, mas duas, não explicitadas publicamente, parecem ter prevalecido: os interesses pessoais de alguns e a perspectiva de outros de se candidatarem a cargos eletivos e assim não desejarem entrar em polêmicas corporativas.

Nesse momento, embora já tivesse sido mudada a presidência do Inamps, nunca se conseguiu chegar a um acordo sobre os critérios para calcular os valores do custeio dos serviços públicos estaduais por parte do Inamps. Recorde-se que a Fundação de Serviços de Saúde Pública (Sesp) e alguns governos estaduais que tinham rede do Pias recebiam do Inamps sob a forma de subsídio fixo, enquanto o restante da rede era paga por produção (US) e, no caso dos hospitais do Ministério da Saúde, por cogestão.

Em julho de 1981, quando se agravou a crise da Previdência Social e a polêmica com a Seplan tornou-se pública, o Ministério da Saúde, provavelmente sob um aceno da própria Seplan, e na perspectiva de substituição do ministro da Previdência, se pôs a elaborar um plano de unificação da política nacional de Saúde. Essa proposta, nunca reconhecida publicamente, adotava a estratégia da separação do sistema de Saúde em dois subsistemas: um, público, destinado à população carente e rural, sob a responsabilidade de execução direta do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, que para isso manejariam cerca de 40% do total de recursos públicos. O outro, privado – organizado sob a lógica da medicina de grupo, destinada àqueles regularmente vinculados ao mercado de trabalho urbano – controlaria o restante dos recursos.

Essa proposta não saiu de alguns rascunhos, na medida em que os acordos políticos preservaram o ministro Jair Soares da esperada substituição, adiando-se a possibilidade de fusão do Inamps com o Ministério da Saúde.

A justificativa dos que foram chamados a participar da elaboração da proposta¹¹ era de que estavam frente a um fato “quase consumado”. Caso houvesse um acordo para a participação da medicina de grupo no Sistema Nacional de Saúde unificado, ótimo; senão, a estratégia seria ditada pela própria Seplan e seria ainda mais privatizante. Isto é, o setor público propriamente dito continuaria com a mesma proporção histórica dos recursos.

De qualquer forma, fica evidente a falta de firmeza ou de poder do Ministério da Saúde na defesa dos princípios essenciais do reivindicado Sistema Único de Saúde; o que passou a interessar era apenas abocanhar uma maior fatia de recursos, ter a ilusão do poder de administrar um Sistema “Único” de Saúde e atuar “evangelicamente” no atendimento aos pobres e marginalizados, com mais recursos do que até então.

Em novembro de 1981, o agravamento da crise da Previdência Social e a decisão política do governo de não substituir o ministro Jair Soares até o limite do seu prazo de desincompatibilização eleitoral em maio de 1982 levaram à adoção do chamado “pacote da Previdência”, que, ao lado de medidas iníquas de aumento das alíquotas de contribuição e diminuição de benefícios de aposentados,¹² pretendia uma certa intervenção na área de assistência médica da Previdência Social, considerada “gastadora” e parcialmente responsável pelo *déficit*. Os acordos de última hora resultaram em que o órgão que deveria ser criado como Conselho Deliberativo para a assistência médica previdenciária e com real poder interventor fosse transformado em Conselho *Consultivo* de Administração da Saúde Previdenciária, o Conasp.

¹¹ Informações prestadas, na época, pelo dr. Marlow Kwitko e dr. Magalhães Vianna ao autor.

¹² Na verdade, aumentaram as deduções sobre os valores das pensões.

O dr. Aloysio Salles, que a esse tempo, por razões pessoais, já era ouvido pela Presidência da República e tinha conseguido indicar o presidente do Inamps, foi convidado para presidir o Conasp. Se para muitos órgãos e entidades convidados a integrar o Conselho o mesmo foi visto como “mais um órgão colegiado para não funcionar”, essa *não* foi a imagem do seu presidente, que viu no Conasp uma perspectiva de projeção política por meio de medidas grandiloquentes e moralizadoras na área. Para tanto, conseguiu influir na designação de alguns conselheiros com os quais compartilhava a ideologia liberal.

Por outro lado, o dr. Marlow Kwitko, Secretário de Serviços Médicos do MPAS, viu aí a oportunidade para desengavetar as teses do Prevsáude, através de documentos escritos no período anterior, de ostracismo da Secretaria em relação à política do próprio Ministério.

O fato de a Secretaria de Serviços Médicos encontrar-se “ociosa” (na verdade, marginalizada) e portadora de análises recentes dos sistemas de assistência médica da previdência elaboradas por seus técnicos, habilitou-a a servir de “base” e fonte para o Conasp.

A presença do dr. Marlow Kwitko no Conselho e a minha como secretário das reuniões permitiram o acesso e a participação permanentes no processo. O primeiro documento apresentado como subsídio ao Conasp foi a descrição das “Modalidades Assistenciais do Inamps”,¹³ elaborado pelos técnicos da Secretaria de Serviços Médicos e que apontava os problemas e alternativas de soluções, numa linha de convergência com as diretrizes de unificação, reforço do setor público e racionalidade de gastos.

¹³O documento “Modalidades Assistenciais do Inamps”, produzido pela Secretaria de Serviços Médicos do MPAS, foi elaborado por mim, Marlow Kwitko e Arilda São Sabbas Pucu.

Desde logo se mostraram no Conasp quatro tendências principais em termos de concepções do sistema de Saúde e suas estratégias organizativas.

Uma, que em trabalho anterior (Rodriguez Neto, 1985), já se chamou de “conservadora/privativista”. Essa corrente defendia a manutenção do modelo assistencial, reforçando-o em dois aspectos: ampliação de seus recursos operacionais e melhoria dos mecanismos de controle (fiscalização) dos gastos por parte do Inamps. Essa posição era defendida pelo dr. Carlos A. M. Nascimento, do Rio Grande do Sul, representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC), órgão ao qual se filiava a Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Outra tendência, que se pode chamar de “modernizante/privativista”, propunha a reorganização do Sistema Nacional de Saúde com base nos *Health Maintenance Organizations* (HMO),¹⁴ cuja versão brasileira correspondia à Medicina de Grupo. Pretendia a delegação da responsabilidade assistencial a esses “grupos”, mantidos com recursos de contribuição dos usuários; ao setor público deveria corresponder o atendimento dos marginalizados e as ações próprias de Saúde Pública. Alegava-se que o setor Saúde deveria obedecer às “regras concorrenciais do capitalismo moderno” (sic).

O principal porta-voz da proposta era o representante da Seplan no Conasp, dr. José Teófilo de Oliveira. Era acompanhado em suas ideias pelos representantes do Ministério do Trabalho, dr. Ramonaval Augusto Costa, do Ministério da Fazenda, dr. Marco Aurélio Martins de Araújo, e tinha a simpatia do representante do Programa Nacional de Desburocratização, dr. Euler de Lima.

¹⁴Esse e outros registros sobre o mesmo assunto encontram-se nos Anais do Conasp, de 1981 a 1983, que contêm atas, atos e os documentos que serviram de subsídio.

Uma terceira linha de pensamento defendia os princípios da responsabilidade pública quanto à execução dos serviços e ações de Saúde, numa perspectiva estatizante. Os defensores dessas ideias eram os representantes dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, dr. José T. Fiúza e dr. Marlow Kwitko, respectivamente.

Por fim, o grupo majoritário, porta-voz do mais legítimo pensamento liberal, defendia um reforço do setor público, um maior controle sobre o setor privado, uma eficiência técnica da “máquina”, a não intervenção sobre as ações e serviços propriamente privados (liberais) e o combate de todo mercantilismo; aludia muito à necessidade de restaurar a moralidade e a ética que haviam se deteriorado como fruto do sistema corruptor. Esse pensamento era defendido pelo próprio presidente, dr. Aloysio Salles, e pelos representantes do Ministério da Educação, dr. Clementino Fraga Filho, do Conselho Federal de Medicina, dr. Guaraciaba Quaresma Gama, assim como dos representantes da Confederação Nacional da Agricultura, dr. João Carlos Couto Lóssio, da Confederação Nacional da Indústria, dr. Hésio Fundão, da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria, dr. Olinto Cândido de Oliveira, da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura, dr. Jonas Pereira de Souza, e da Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio, dr. Edmo de Andrade. Na realidade, desde o começo estabeleceu-se uma explícita aliança entre os grupos “estatizante” e “liberal”, o que não impediu que nas discussões as teses estatizantes fossem usadas para contrabalançar as tendências mais conservadoras.

A falta de propostas alternativas detalhadas fez com que logo se impusesse o corpo de medidas racionalizadoras que veio a constituir o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito

da Previdência Social”, conhecido como o Plano do Conasp, aprovado em agosto de 1982 (Brasil, MPAS, 1982).

O plano não foi aprovado e divulgado mais cedo por força de um acordo tácito com o ministro da Previdência, de não completá-lo antes de sua saída do Ministério, em maio de 1982. Dessa data em diante havia um novo ministro, dr. Hélio Beltrão, com quem se teve que discutir o plano. No entanto, o período foi rico em hábeis negociações por parte do presidente do Conasp, que procurava evitar grandes confrontos e polêmicas e que desejava ser visto como um apaziguador.

O processo foi marcado, entretanto, por um incidente cuja solução contou com a intervenção direta do *movimento sanitarista*. Em março e abril de 1982, quando já era certa a saída do ministro Jair Soares, o Ministério da Saúde começou novamente a articular a passagem do Inamps para a sua órbita, o que poderia efetivamente ser oportuno; ainda mais com o plano do Conasp nas mãos, já negociado. Em vez de buscar uma aliança com o Conasp, tratou de elaborar uma contraproposta ao plano, baseada no ensaio realizado em julho de 1981. Isto é, a criação de um Sistema Nacional de Saúde assim caracterizado:

1. Agrupamento das diferentes modalidades de prestação de serviço de Saúde em três grandes subsistemas:
 - a) Subsistema Privado Autônomo, ou seja, a medicina liberal ortodoxa independente de contratos e convênios governamentais. Este subsistema poderia, como consequência dos incentivos a serem criados, oferecer cobertura para cerca de oito milhões de pessoas.
 - b) Subsistema de Assistência à Saúde Delegado (Sasd), o equivalente à modalidade patrocinada pelo Inamps conhecida como

Convênio Empresa. Atendendo, em 1981, a cerca de oito milhões de pessoas (a maioria em São Paulo), essa modalidade apresentaria um potencial mínimo de cobertura da ordem de vinte milhões de pessoas, podendo chegar (hipótese máxima) a setenta milhões. Para isso requereria cerca de 55% dos recursos públicos, equivalente a pouco menos da metade do gasto total previsto para a modalidade; o restante seria aportado fundamentalmente pelas empresas empregadoras.

- c) Subsistema de Assistência à Saúde de Responsabilidade Pública (Sasp), corresponde ao conjunto de serviços públicos (federais, estaduais e municipais) bem como aos serviços privados e contratados. Responsável pela quase totalidade da demanda, esse subsistema viria a absorver 45% dos recursos oficiais para atender 40% da população.
2. Reorganização do Ministério da Saúde, que passaria a incorporar as atribuições do Inamps, o qual seria extinto, além de:
- a) integrar os hospitais próprios da Previdência Social na estrutura da Fundação das Pioneiras Sociais;
 - b) transferir gradualmente para os estados os postos de assistência médica (PAM) do Inamps e as unidades da FSESP localizadas em áreas estratégicas e de fronteira;
 - c) integrar a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) na FSESP;
 - d) incorporar a Central de Medicamentos (Ceme) ao Ministério da Saúde;
 - e) transformar o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) em autarquia especial e a Ceme em empresa pública;
 - f) conservar as atribuições da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no campo do ensino, pesquisa e produção de insumos;

- g) criar mecanismos de articulação interministerial tipo Ciplan envolvendo outros Ministérios como o Minter, MTb, MEC e Seplan.
3. Descentralização de atividades executivas federais para os estados, embora conservando responsabilidades diretas nas seguintes atividades: combate às grandes endemias, compra de serviços na área privada e gestão da rede hospitalar federal.
4. Criação de órgãos colegiados nos diferentes níveis de administração do sistema com a participação dos usuários.
5. Busca de maior controle e melhor racionalidade na aplicação de recursos federais, mediante a fixação de tetos financeiros e a criação de um Fundo Único de Saúde cujo aporte maior seria constituído de 25% da receita de contribuição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas).¹⁵

A argumentação era de que seria um “atraso” em relação ao modelo econômico vigente e em processo de modernização apostar no desenvolvimento do setor público. Além disso, supunha que o controle sindical direto sobre os serviços de Saúde era uma garantia que o setor público não tinha legitimidade para assegurar.

O envolvimento de reconhecidos integrantes do *movimento sanitarista* na elaboração da proposta criou uma situação de perplexidade e constrangimento. Tal situação não podia ser discutida publicamente, na medida em que as informações sobre a proposta e sua intenção (apresentá-la aos candidatos a ministro) foram transmitidas em caráter sigiloso e era de tal forma constrangedora que inviabilizava o expediente usual do “vazamento”.

Assim, utilizou-se a seguinte estratégia: aproveitou-se a realização de um Simpósio Nacional de Política de Saúde, na Câmara dos

¹⁵ Síntese do documento original elaborado pelo Grupo Saúde do CNRH/Ipea.

Deputados, para “vazar” a versão então válida do anteprojeto do plano do Conasp, na qual ainda havia uma indefinição e um certo privilegiamento do convênio empresa (medicina de grupo). Estando presentes no evento representantes das duas correntes, orientou-se a discussão para “desgastar” qualquer medida que pudesse favorecer o convênio empresa ou qualquer variante. Dessa forma, o próprio plano do Conasp foi alvo de muitas críticas nesse aspecto, sendo legitimado em outros. Assim, sem que o documento do Ministério da Saúde fosse divulgado, ele já tinha sido desqualificado politicamente, como inidôneo, perante as correntes progressistas da área da Saúde. A situação posteriormente dada a conhecer em círculos maiores gerou pela primeira vez algumas rupturas temporárias e naturais cicatrizes no até então coeso “partido sanitário”.

O plano do Conasp foi aprovado em agosto de 1982, e o dr. Aloysio Salles, convidado a implementá-lo como presidente do Inamps.

A equipe da Secretaria de Serviços Médicos foi convidada a constituir uma Secretaria Executiva do Plano, na Direção Geral do Inamps. Essa Secretaria nunca chegou a ser instalada, e os seus integrantes passaram a ser assessores da Presidência do Inamps, em cuja equipe diretiva, composta então por outros elementos que não haviam participado do processo anterior, estabeleceu-se uma nova correlação de forças que deslocou a influência até então exercida pelo *movimento* durante a elaboração do Plano.

Sob uma orientação mais tecnocrática e centrada na eficiência, o plano foi dividido em 33 projetos, sob a responsabilidade dos vários órgãos e pessoas da Direção Geral, numa estrutura matricial¹⁶ que confundia bastante as linhas de mando dentro da instituição.

¹⁶ Ver pronunciamento do dr. Aloysio Salles da Fonseca perante a CPI da Previdência, 1983.

O plano do Conasp continha três componentes básicos: o primeiro era o racionalizador ou contencionista de gastos, cujo projeto mais significativo era a substituição do sistema de contas médicas vigente, que utilizava a Guia de Internação Hospitalar (GIH), remunerando por atos isolados, pelo “novo sistema de contas”, da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que remunerava por procedimentos mais agregados, eliminando a Unidade de Serviço (US); o segundo componente era o da eficácia técnica, tentando reorientar conteúdos e estratégias dos programas específicos, como saúde mental, odontologia, procedimentos de alto custo etc.; o terceiro, de natureza mais estrutural e funcional, procurava dar maior racionalidade à rede assistencial por meio da melhoria dos serviços próprios, criação do projeto de Racionalização Ambulatorial, buscando a otimização da relação com os serviços ambulatoriais privados (credenciados) e o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), que substituíra no plano original a proposta do convênio trilateral, e propunha uma maior articulação entre as redes federal, estaduais e municipais, ocupando suas capacidades instaladas.

A análise do plano do Conasp comporta aprofundamentos que não cabem neste trabalho. Do ponto de vista da evolução do *movimento de democratização da Saúde*, cabe, no entanto, destacar as Ações Integradas de Saúde.¹⁷

Na divisão dos trinta e três projetos, ficou com o Departamento de Planejamento (PLS) do Inamps, sob a direção do dr. Henri Eugene Jouval Jr., o Pais. Embora assumindo também outros projetos específicos, as pessoas mais comprometidas com o *movimento sanitário* sempre tiveram claro que o Pais era o projeto potencialmen-

¹⁷ Ver especialmente Oliveira e Teixeira, 1985, e Paim, 1986.

te mais importante do plano do Conasp e começaram a se aglutinar ao redor do mesmo. O próprio Projeto Niterói, um ensaio de apoio à municipalização da Saúde e de reforço do setor público, iniciado na gestão anterior do Inamps, acabou por agregar-se ao País.

A primeira polêmica foi em torno da forma de relacionamento financeiro com as Secretarias de Saúde; enquanto os técnicos do Projeto Niterói defendiam o pagamento por produção de serviços, baseado numa tabela oficializada pela Portaria 210/82,¹⁸ outros defendiam o pagamento por “participação no custeio”. O primeiro projeto do País, o de Lajes, em Santa Catarina, foi elaborado com base na primeira alternativa, porém foi o único. Todos os demais, a partir de então, foram financiados com base no pagamento “por produção de serviços” e, em algumas situações, no nível hospitalar, pelo sistema de cogestão.

Essa divergência, longe de ser meramente técnica, já evidenciava a luta que seria travada entre os defensores do apoio ao setor público e aqueles que, disfarçados sob o argumento da eficiência e da necessidade de resposta imediata do setor público, no fundo apostavam na sua inépcia, representando, de fato, os interesses do setor privado. Para o Inamps era mais “seguro” só pagar o que era produzido e não ampliar o fluxo de recursos da Previdência Social para financiar o setor público. Por outro lado, argumentava-se também que o pagamento por produção seria um estímulo à reorganização do setor público e ao seu maior compromisso com a assistência, uma vez que tradicionalmente esses serviços não tinham

¹⁸ Essa portaria estabelecia pela primeira vez uma tabela de remuneração por atendimentos no setor público ambulatorial e foi elaborada no Departamento de Administração Médica do Inamps, então dirigida por Guilherme Sampaio e assessorada, entre outros, por Murilo Vilela Bastos.

maiores responsabilidades assistenciais, estando mais qualificados para ações coletivas, ou de Saúde pública clássica. Essa segunda linha de argumentação era defendida por aqueles oriundos do Projeto Niterói que, sem dúvida, não tinham interesse em defender o setor privado.

Para preservar o projeto, fez-se a concessão no que tange aos mecanismos de financiamento passando-se para a fase de discussão sobre os estados com os quais se deveria trabalhar.

Nesse momento outra interferência já se manifestava sobre o País. Era o projeto de Racionalização Ambulatorial, baseado em uma experiência desenvolvida em Curitiba de vinculação dos médicos credenciados em seus consultórios, aos postos do Inamps, dentro dos princípios de regionalização e hierarquização. O programa em Curitiba chamava-se de Regionalização e Hierarquização, e, quando foi introduzido no plano do Conasp como uma de suas frentes, teve seu nome mudado, justamente por se entender que os princípios de regionalização e hierarquização eram mais abrangentes do que havia sido implementado na ocasião e que os termos deveriam ser preservados para uso posterior mais oportuno e adequado.

Entretanto, embora se julgasse que a estratégia de racionalização ambulatorial pudesse ser útil para “organizar” os médicos credenciados nas grandes cidades e assim obter uma maior racionalidade em termos de oferta e demanda e de fluxos de encaminhamento, a mesma passou a ser entendida pela Direção Geral do Inamps, e pelo próprio MPAS, como uma solução para atender às pressões por novos credenciamentos, dentro de uma lógica nova e legitimada pelo plano do Conasp. Deve-se recordar o episódio da suspensão de centenas de credenciamentos que tinham sido feitos no “apagar das luzes” da gestão do ministro Jair Soares. No entan-

to, após os efeitos publicitários dessa medida, as pressões políticas recrudesceram e, ao final da sua administração, o ministro Hélio Beltrão tinha feito mais credenciamentos que seu antecessor, sob o eufemismo de “autorização em caráter precário”.¹⁹

Dentro dessa lógica, o Inamps e o MPAS estabeleceram uma precedência cronológica entre o projeto de Racionalização Ambulatorial e o Pais, no sentido de que este último só deveria ser implantado nos estados onde aquele já tivesse sido criado em suas capitais.

Todos esses motivos foram atrasando a implantação do Pais, e, em dezembro de 1982, houve uma mudança nos postos de direção da Direção Geral, levando a uma certa acefalia na coordenação do projeto, em virtude de o titular do PLS ter sido nomeado Secretário de Planejamento. Ainda que formalmente responsável pelo projeto e mantendo a equipe envolvida, estabeleceu-se uma luta intestina pelo preenchimento da direção do PLS que, de certa forma, o imobilizou. Essa luta, na realidade, obedecia à mesma polarização que já ocorria entre os partidários do Pais e da Racionalização Ambulatorial.

Em maio de 1983, após vários meses de pressões e contrapressões, o presidente do Inamps me designou como novo diretor do PLS de acordo com a indicação do Secretário de Planejamento e com o tácito e reconhecido apoio da esquerda da área da Saúde. Essa nomeação representou, sem dúvida, uma significativa vitória para o *movimento sanitarista*, que pela primeira vez tinha um de seus principais quadros ocupando um cargo considerado estraté-

¹⁹ Informações prestadas pelo Departamento de Informática do Inamps, relativas aos dados de 1979 a 1983.

gico da administração federal da área da Saúde. Mais do que o fato em si, privado de casuísmos e circunstâncias pessoais, essa valorização pode ser feita *a posteriori* pelo que significou de abertura da instituição a novos quadros do *movimento*, pelo franqueamento de informações até então monopolizadas pelos estamentos burocráticos conservadores, pelo próprio avanço do processo de planejamento no interior do Inamps e pela evolução do processo político representado estrategicamente pelas AIS.

A atividade de planejamento do Inamps até então resumia-se a projeções de metas físico-financeiras e, no período imediatamente anterior, ao dimensionamento dessas metas em função de parâmetros arbitrados pela portaria MPAS 3046/82.²⁰

Com a recomposição da equipe do PLS, foi empreendida a retomada do processo de implantação das AIS; nesse momento, já se descartava o “P”, pela compreensão de que não se tratava de um programa, mas de uma efetiva estratégia de reorientação setorial.

Enfrentando toda sorte de boicotes internos na instituição, utilizaram-se várias táticas: discutir as AIS com outros técnicos e lideranças além daqueles da estrutura do Inamps; realizar uma análise das conjunturas estaduais sob os pontos de vista técnico e político, a fim de estabelecer uma ordem de prioridades para elaboração dos projetos e assinaturas dos respectivos convênios; e, por último, a divulgação e discussão do conteúdo das AIS nas Secretarias Estaduais de Saúde, celebrando alianças e estimulando as pressões de “baixo para cima”.

A maior legitimidade e autonomia dos governos eleitos em 1982 e empossados em março de 1983, especialmente naqueles estados

²⁰ Portaria MPAS nº 3046, de 20/7/82 (Min. Hélio Brandão).

em que a oposição foi vitoriosa, conferiu às pressões uma força que possibilitou a celebração dos convênios das AIS “em cadeia”. Começando por São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, em maio de 1984 já havia a participação de todos os estados brasileiros, assim como a adoção oficial das AIS como estratégia federal de reordenamento da política nacional de Saúde.²¹

O avanço das AIS, no entanto, longe de assegurar o espaço das equipes nela envolvidas, gerou uma polarização cada vez maior dentro da instituição. A partir do começo de 1984, houve uma nítida guinada da Direção Geral do Inamps para favorecer a iniciativa privada, com “aberturas” no Sistema AIH, aumentos nos valores das tabelas de remuneração e claras alianças da tecnoburocracia com dirigentes da área hospitalar privada.

Desse momento em diante o núcleo do PLS passou a ficar em situação insustentável no seio da instituição, as crises se amiudaram e intensificaram até que, em setembro de 1984, sob a alegação de exigências dos órgãos de informação,²² o diretor do PLS foi demitido pela Presidência do Inamps, o que não afetou em nada o rumo do processo; afinal, as AIS já eram irreversíveis e o movimento das “Diretas Já” estava nas ruas.

Naquela ocasião, a partir de algumas discussões promovidas pelo Cebes, o *movimento sanitário* traçou a estratégia de ocupar todos os espaços de discussão possíveis, articular-se com as lideranças da Aliança Democrática e promover encontros, com a finalida-

²¹ Resolução Ciplan (MEC/MS/MPAS) nº 06/84.

²² Naquele período existiam, em todas as principais agências governamentais, núcleos do Sistema Nacional de Informações (SNI), com atribuição de acompanhar e vigiar o desempenho das autoridades, e que também participavam do processo de indicação para a ocupação de cargos. (N. dos O.)

de não só de obter clareza sobre o plano de governo desejável na área da Saúde, como também de influir na sua adoção.

Para tal, além de participar das numerosas mesas-redondas que se sucederam ao longo do segundo semestre de 1984 discutindo as alternativas técnicas para o governo da (como viria a ser denominada) Nova República, o *movimento* investiu em algumas frentes principais: a elaboração da proposta do governo da Assessoria Parlamentar do PMDB, sob coordenação do deputado Carlos Sant'Anna; a Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves (Copag); a realização do encontro de prefeituras municipais com a divulgação da Carta de Montes Claros; e o trabalho de busca de apoio parlamentar para as propostas e para a indicação de representantes do *movimento* para o provimento de cargos na nova administração. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) também tomou iniciativa discutindo e divulgando sua proposta.

Considerando-se os quatro documentos – do PMDB, Conass, de Montes Claros e da Copag –, pode-se verificar a identidade entre os mesmos em termos de direcionalidade. No entanto, o do Conass e o do Copag foram mais radicais quanto à proposta de passagem do Inamps para o Ministério da Saúde, que defendiam como medida imediata.

Os outros dois documentos referiam a necessidade de um período de transição, representado pelas AIS, enquanto se processasse a reforma administrativa necessária no próprio Ministério da Saúde, que não deveria simplesmente incorporar o Inamps, mas reformular-se. O documento do PMDB já falava nas necessárias mudanças constitucionais e na nova lei do Sistema Nacional de Saúde, assim como numa Conferência Nacional de Saúde que discutisse e legitimasse o processo (PMDB, 1985).

Embora a passagem do Inamps para o Ministério da Saúde possa ser considerada uma aspiração legítima, dado o consenso histórico sobre o assunto, o processo vivido depois da criação do SUS revelou as dificuldades desse caminho, indicando como o mais acertado aquele preconizado pelo documento do PMDB.

Todavia a compreensão do processo não se dá sem traumas. O próprio *movimento sanitaria* saiu “chamuscado” do embate entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social, na tentativa daquele de incorporar o Inamps em 1985.

Muita emoção foi gasta na ocasião comprometendo os argumentos de um e outro lado. De uma parte havia a acusação de açodamento, e de outra era notória a manipulação da opinião do movimento sindical, numa defesa corporativa da previdência incoerente com os postulados até então defendidos.

Prevista como instrumento do processo de elaboração do novo Sistema Nacional de Saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada para dirimir o impasse, refazer as alianças e traçar as estratégias correspondentes. A 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada o evento mais significativo no processo de construção da plataforma e das estratégias do *movimento pela democratização da Saúde* em toda sua história. E, apesar de a sociedade em geral apresentar maior nível de organização, também na 8ª Conferência o *movimento sanitário* teve um papel decisivo na organização e condução das conferências estaduais e no próprio evento principal. Nesse caso, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) teve um papel destacado, a exemplo do que o Cebes tinha cumprido por ocasião do 1º Simpósio da Câmara dos Deputados (Abrasco, 1986).

Por ocasião da Conferência, o *movimento* mostrou também suas divergências, pautadas essencialmente nos programas e es-

estratégias dos dois blocos partidários de esquerda de sua composição: de um lado, o PT e o PDT defendendo a “estatização já”, de outro, o PCB, PC do B, e setores progressistas dos demais partidos propondo uma convergência para a estatização através de uma estratégia de reforço progressivo do setor público.

Mesmo com as tentativas de segmentos radicais do PT de desqualificar a legitimidade e a representatividade da Conferência, especialmente após a conclusão e derrota de algumas de suas teses, não se pode dizer que houve “racha” no *movimento sanitário*. Desde então há uma maior explicitação das diferenças, mas também um amadurecimento da “frente”, face a uma também maior explicitação e organização dos interesses efetivamente divergentes que se manifestaram no palco da Assembleia Nacional Constituinte.

Outro momento de incidência crítica do *movimento sanitário* foi por ocasião da retração em que se encontravam as instituições, especialmente Ministério da Saúde e Inamps/MPAS, nos seus esperados papéis de organizadores dos desdobramentos da 8ª Conferência e, em particular, da criação e funcionamento da proposta da Comissão Executiva da Reforma Sanitária.²³

A Abrasco, desempenhando o papel de “superego” do *movimento*, realizou tuna histórica reunião em 5 de julho de 1986 em que se firmou um acordo entre os representantes das duas instituições para que os respectivos ministros fossem convencidos a convocar a referida Comissão.

O real desinteresse dos dois ministros, cada um motivado por um tipo de oportunismo, levou à criação de uma Comissão Nacio-

²³ Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Recomendação nº 27 do Tema 2.

nal da Reforma Sanitária (CNRS),²⁴ cujos objetivos e composição ficaram aquém do esperado pelo *movimento sanitário*.

A portaria interministerial de criação da CNRS teve também a assinatura do ministro da Educação, como integrante das AIS, embora não desempenhasse papel de relevância no processo.

Mesmo com uma conotação fortemente institucional, a CNRS conseguiu elaborar uma proposta de conteúdo de Saúde para a nova Constituição e um projeto de conteúdo para a nova Lei do Sistema Nacional Único de Saúde.

Os constrangimentos institucionais e um certo alheamento ou não investimento do Inamps na Comissão (como ocorrido também durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde) levaram a que esta Comissão não ocupasse politicamente os espaços que se julgava importantes, como mobilizadora da opinião pública, em preparação à Constituinte e ao projeto da nova lei.

Esse espaço foi parcialmente ocupado mais uma vez pela Abrasco quando realizou o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em setembro de 1986, em que discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de conteúdo de Saúde para a Constituinte, baseada nas recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde,²⁵ assim como as posições dos partidos políticos sobre o assunto.

O debate nessa ocasião evidenciou que a proposta do *movimento* com base no relatório final da 8ª Conferência teria de incidir sobre os seguintes pontos:

- o direito universal e igualitário à Saúde;
- o papel do Estado, tanto em relação às ações específicas setoriais, quanto às políticas econômicas e sociais;

²⁴ Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/8/86.

²⁵ Ver anexo 2, doc. 05.

- a natureza pública das ações de Saúde e o papel supletivo do setor privado;
- a criação do Sistema Único de Saúde, com suas características e conteúdos, inclusive a Saúde Ocupacional;
- o financiamento ampliado e diversificado do Sistema Único de Saúde; e
- as relações de subordinação das políticas de insumos (medicamentos, sangue etc.), de equipamentos, de ciência e tecnologia, e de recursos humanos em relação à política de Saúde.

Algumas propostas tentaram interpretar esses critérios e subsidiaram a CNRS.²⁶

Não havendo consenso nem entre constituintes nem entre constitucionalistas a respeito do tipo de conteúdo e do grau de detalhe convenientes para a nova Constituição, houve também polêmica na CNRS a respeito do assunto. Entre os membros da Comissão que endossavam o relatório da 8ª Conferência, não houve divergência quanto ao conteúdo. Os demais, que tinham reservas quanto ao relatório da 8ª Conferência, como os representantes da área privada de prestadores de serviço, permaneceram na defensiva, tentando inviabilizar qualquer formulação que fosse contrária aos interesses do setor que representavam.

Convém registrar o fato de que o projeto de Constituição elaborado pela Comissão Afonso Arinos sequer foi considerado nesse processo de análise por ser reconhecido por todos como totalmente alienado em relação ao momento que se vivia, que não podia desconsiderar a 8ª Conferência Nacional de Saúde como fez aquela Comissão.²⁷

²⁶ Ver anexo 2, doc. 03, 05, 06 e 07.

²⁷ Ver anexo 2, doc. 04.

Ao final, a CNRS apresentou uma proposta que não conseguiu ser consensual, mas apenas majoritária: por um lado, os representantes da iniciativa privada a consideravam radical, e, por outro, os representantes do movimento sindical a consideravam insuficiente. Esta proposta, ao ser apresentada como subsídio para a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da Constituinte, o foi como “conteúdo mínimo aceitável” pelo *movimento*, tendo por base as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.²⁸

De qualquer forma, pode-se considerar que a área da Saúde foi o setor que conseguiu chegar à Assembleia Nacional Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que continua o ideário do *movimento sanitário*, já explicitado desde 1979 no 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde (Brasil, 1979).

É difícil imaginar a evolução das políticas de Saúde no Brasil, seja em suas formulações oficiais ou alternativas, ou mesmo a sua própria efetivação, sem a participação importante do *movimento sanitário*. Com isso não se quer e nem se pode ignorar todos os determinantes, condicionantes e motivações de ordem econômica, política e ideológica do processo, já estudados em muitos trabalhos.

No entanto, ao se analisar os processos vividos por outros países, como Argentina, México, Equador, Venezuela, entre outros, não se encontra experiência semelhante, apesar de esses países terem participado ativamente, através de muitos de seus técnicos, da construção intelectual do movimento de medicina social na América Latina, escola teórica e política do *movimento sanitário brasileiro*.

E, no caso do Brasil, observando-se o ocorrido em áreas como a de educação, altamente politizada nos anos de 1950 e começo

²⁸ Ver anexo 2, doc. 07.

dos anos de 1960, verifica-se que o que sobrou foi um certo saudosismo do método Paulo Freire e das experiências do Movimento de Educação de Base (MEB), desbaratadas pelo governo militar. O único aspecto novo, e ainda num movimento ideológica e politicamente (em termos de sua aliança) algo confuso, é a luta em tomo das palavras de ordem de defesa da escola pública; assim mesmo, é um movimento mais articulado pelos docentes de ensino superior que pelos do próprio ensino básico.

O próprio movimento pela reforma agrária tampouco conseguiu ser uma bandeira de toda sociedade brasileira. Heterogêneo e polêmico na sua plataforma e na sua estratégia, tornou-se uma batalha muito localizada nas áreas de conflito e um assunto de polarização nas relações entre a Igreja e o Governo.

É difícil, se não impossível, ter-se certeza do quanto um fato foi crítico na definição ou reorientação do processo histórico, mas a análise da participação do *movimento sanitário*, por este trabalho e por outros,²⁹ parece indicar não só a relevância de suas ações, como o acerto de sua estratégia, conferindo uma peculiaridade à área da Saúde, em termos de sua condução política unitária e tecnicamente consistente.

29 Ver especialmente o trabalho de Sarah Escorel (1987).

3. A CONSTITUINTE: PROPOSTAS, ORGANICIDADES E CONFLITOS

Na sequência dos documentos/propostas elaborados a partir de 1984, com a finalidade de subsidiar o programa do governo da Aliança Democrática no tocante à Saúde, a Constituinte aparece pela primeira vez na proposta da assessoria parlamentar do PMDB, “Contribuição ao Governo do Presidente Tancredo Neves” (PMDB, 1985). Esse documento explicita na sua estratégia a necessidade de se desencadear um processo de estudos e compatibilização de propostas e experiências que deveriam culminar em uma Conferência Nacional de Saúde, que por sua vez subsidiaria a Assembleia Nacional Constituinte, bem como a legislação complementar correspondente.

Embora por caminhos sinuosos, a Conferência foi realizada em março de 1986, incluindo um painel no qual foi debatido o tema específico da Saúde na Constituição. Nessa ocasião, o único participante que apresentou uma proposta de texto constitucional foi o deputado Carlos Sant’Anna.

Apesar de a 8ª Conferência Nacional de Saúde não ter feito propostas específicas para a nova Constituição, definiu o quadro de referência que passaria a informar, a partir de então, o conjunto de sugestões e reivindicações que o *movimento sanitarista* passaria a apresentar no processo Constituinte. Vale registrar a referência feita a ela pelo presidente José Sarney no seu discurso realizado na ocasião: a 8ª Conferência Nacional de Saúde deveria constituir-se “numa verdadeira pré-constituinte de Saúde”.

As conclusões da 8ª Conferência, embora altamente representativas da sociedade brasileira no seu conjunto, não conseguiram expressar todo o movimento social na área da Saúde, por duas vias extremas: uma, pela não inclusão das teses do setor privado de prestação de serviços de Saúde, que, mesmo convidado, negou-se a participar da Conferência; outra, pela derrota, por votação, na plenária final da Conferência da tese/tática da “estatização imediata”, defendida principalmente por setores sindicais ligados à Central Única dos Trabalhadores (CUT) e pelo PT e PDT. Registre-se que esses partidos, a partir do encerramento da 8ª Conferência, passaram a endossar unitariamente as propostas do *movimento* que ganhou então a denominação de *movimento pela Reforma Sanitária*.

Isso não impediu que essas posições fossem reiteradas nos vários momentos de discussões que se seguiram, especialmente no decorrer dos trabalhos da CNRS, espaço em que se estabeleceu uma nova polarização entre o *movimento sanitário* e representantes da iniciativa privada.

Em setembro de 1986, a Abrasco realizou o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva no qual, pela primeira vez, o *movimento* discutiu de forma sistematizada e propositiva a questão da Constituinte. Nesse congresso foram realizados um seminário sobre o tema e uma mesa-redonda com a participação de representantes dos vários partidos políticos. Ao final do Congresso foi apresentada e aprovada uma proposta de texto, a título de subsídio para a Constituinte, cujo conteúdo foi extraído e derivado da forma mais fiel possível das conclusões da 8ª Conferência.

Na ocasião, vários projetos globais de Constituição já circulavam, elaborados por partidos políticos, intelectuais e pela própria

Comissão Afonso Arinos, entre outros.¹ A análise feita por ocasião do Congresso da Abrasco concluiu pela impropriedade ou insuficiência de todas as propostas até então conhecidas, a respeito de Saúde e, em particular, em relação às conclusões da 8ª Conferência.

De acordo com o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, os seguintes aspectos podem ser considerados centrais como definidores dos novos rumos da política nacional de Saúde, da Reforma Sanitária e que, portanto, acreditava-se, deveriam estar assegurados constitucionalmente:

- o conceito de Saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes, como trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros;
- o direito universal e igualitário à Saúde;
- o dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da Saúde;
- a natureza pública das ações e serviços de Saúde;
- a organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e municípios, e sob controle social;
- subordinação do setor privado às normas do Sistema Único de Saúde e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva;
- desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos;

¹ Ver anexo 2, doc. 04.

- proibição da destinação de recursos públicos para investimento no setor privado;
- proibição de participação do capital estrangeiro nas ações de Saúde;
- proibição da propaganda de medicamentos;
- subordinação das políticas de recursos humanos, de insumos (medicamentos, equipamentos, sangues e derivados) à política de Saúde, na busca da soberania nacional, através do incremento do desenvolvimento científico-tecnológico; e
- explicitação de atribuições do SUS, na área da assistência, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento e saúde ocupacional.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/8/86, tomou para si, a despeito da limitação de atribuições que o texto lhe impunha,² a tarefa de elaborar as propostas de texto constitucional para a Saúde e de conteúdo para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde.

Convém relembrar o fato de que a CNRS foi instalada após dirimido o impasse criado pelos titulares dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social que não se mostravam empenhados em implementar as conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pelo lado do Ministério da Saúde, uma visão estreita e oportunista de “não avançar o sinal” na direção das reformas pre-

² De acordo com a Portaria que a criou, a CNRS deveria apenas: “1.1. analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de Saúde e sugerir *opções* para a nova estrutura organizacional do sistema; 1.2. examinar os instrumentos de articulação entre os setores de governo que atuam na área da Saúde, e propor o seu aperfeiçoamento; 1.3. apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor Saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida”. (grifo do autor)

tendidas e que os setores mais conservadores, cada vez mais alojados no governo, pretendiam desqualificar e impedir. Inclusive tentou-se esvaziar a CNRS logo após sua criação, com a reabilitação do Conselho Nacional de Saúde, cuja conformação foi feita de maneira a se contrapor ao *movimento pela Reforma Sanitária*.³ Pelo lado do Ministério da Previdência e Assistência Social, o empenho em postergar a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde.

Entretanto, como referido, a influência do *movimento sanitário*, por intermédio da Abrasco e do Cebes, conseguiu a convocação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, pela interferência do então secretário geral do Ministério da Saúde, José Alberto Hermógenes, e do presidente do Inamps, Hésio Cordeiro. Isso não impediu, todavia, uma postura retraída da Previdência Social no decorrer dos trabalhos da CNRS. O fato de ter sido levada a bom termo pode ser atribuído à postura decidida e corajosa do seu presidente, o secretário geral do Ministério da Saúde, que, a despeito das adversidades agravadas pela composição limitada e limitante da Comissão, criou uma Secretaria Técnica, ligada ao *movimento*, que conseguiu subsidiá-la e influir sobre seus resultados.

A natureza institucional da Comissão limitou a sua ação política de mobilizar a sociedade em torno da Reforma Sanitária. Por outro lado, essa mesma característica praticamente obrigava a busca de consenso e um esforço para evitar rupturas que desqualificassem a própria Comissão. Desde o início dos trabalhos houve conflitos entre

³ Decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. Composição do Conselho Nacional de Saúde: Antonio Celso Nunes Nacif, Euríclides de Jesus Zerbini, Aloysio Campos da Paz Jr., Aloysio Sales da Fonseca, Adib D. Jatene, Cláudio de Pádua Macieira, Elisaldo Luiz de Araújo Carlini, Fúlvio Pileggi, Hélio Ramos, José Ribamar Pinto Serrão, Nilo Alves de Almeida, Pedro Luiz Tauhil, Solón Magalhães Vianna, Gilvan Rocha – secretário executivo do Ministério de Saúde e vice-presidente do Conselho Nacional de Saúde.

os que defendiam a adoção dos princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde e as forças que a estes se contrapunham, sob o argumento de não terem participado da 8ª Conferência por discordar dos critérios utilizados para o estabelecimento do número de delegados.

O texto aprovado pela CNRS como subsídio à Constituinte o foi sob reservas dos setores mais à esquerda, que consideravam ter havido concessões ao setor privado.⁴ Além disso, houve discordância sobre o nível de detalhe a ser explicitado na proposta e, quando a maioria da Comissão optou por um texto não tão extenso, alguns conteúdos acabaram por ser deixados de lado.

O aspecto mais polêmico, além do referente ao detalhamento e à participação do setor privado, foi o relativo ao financiamento, evidenciando seu insuficiente tratamento técnico anterior. Entretanto, esta polêmica era mais técnica, enquanto a outra, relativa ao setor privado, eminentemente política, como revela a crítica feita pela representante da Confederação Nacional da Indústria em documento apresentado à CNRS:

1. Entendemos inadequada a redação do parágrafo único do art. 1º da proposta, considerando que não há de depender somente do Estado a oferta de garantias ao direito natural de Saúde, nem se pode exigir que seja “igualitário” o acesso aos serviços de Saúde em todos os níveis, indiscriminadamente. Ora, tendo em vista que uma Constituição deve conter preceitos autoaplicáveis, supõe-se que o novo mandamento, levemente, ensinaria a que qualquer pessoa, segurada ou não, se dirigisse a qualquer serviço de Saúde, particular ou público, e nele tivesse assegurado sem qualquer despesa o seu tratamento.

⁴ Ver anexo 2, doc. 07.

2. Entendemos que o art. 2º da proposta comete igual excesso, quando atribui ao Estado não somente a formulação da norma, mas também a exclusividade dos serviços. A intenção é totalizante e, nesse ponto, não vemos a gradativa estatização pela qual alguns suspiram, mas a consagração totalitária, via constitucional.
3. Entendemos que não é de “natureza pública” o conjunto de ações e serviços destinados à proteção, recuperação e reabilitação das pessoas. É também de natureza privada tal esforço. Antes de se encontrar no Estado, encontra-se na família, nas comunidades científicas, nas associações particulares, de serviços e outros setores representativos.
4. No mesmo sentido, entendemos que o parágrafo único do art. 2º contém idêntico engano. O Setor Privado deve poder prestar serviços de Saúde autonomamente, sujeito apenas às leis de fiscalização do exercício da medicina. Não faz parte do setor público, nem deve ser seu mero concessionário.
5. O Sistema Único de Saúde previsto no art. 3º deve referir-se, claramente, ao setor público, não inibindo o funcionamento de um setor privado, paralelo.
6. Que são “entidades populares” previstas no item IV do art. 3º? Tal imprecisão terminológica é incompatível com qualquer texto legal.
7. A redação do art. 4º é também imprópria, pois tal financiamento se refere ao setor público e não ao “setor Saúde”, que consumiria, por sua abrangência, a atividade privada.⁵

⁵ Documento assinado pela representante do CNI na CNRS, dra. Maria de Fátima C. Mota, em 21/11/86.

É interessante registrar que esses questionamentos serão os mesmos monotonicamente feitos pelo setor privado, ao longo de todo o processo Constituinte.

Deve-se ressaltar o fato de que, com a discordância dos setores sindicais presentes na CNRS, não foi incluída a expressão “execução”, como atribuição do Estado, em relação às ações e serviços de Saúde que, como se verá, foi resgatada pela própria Constituinte.

Tendo-se tratado até o momento do processo anterior à Constituinte, das fontes para a mesma, no tema Saúde, os tópicos seguintes referir-se-ão a cada etapa dos trabalhos da própria Assembleia Nacional Constituinte.

Diferentemente das estratégias usualmente adotadas em outros países, e em momentos anteriores no próprio país, a Constituinte não partiu de nenhum anteprojeto, apesar da existência do Projeto Afonso Arinos que foi descartado pelo próprio Presidente da República ao convocar o Congresso Constituinte. Essa estratégia significou, pelo menos no início, um processo extremamente rico e uma grande superfície de contato da Constituinte com a sociedade, algo extremamente desejável, já que a natureza congressional da Assembleia impediu que no processo eleitoral as teses fossem discutidas.

De acordo com o regimento aprovado,⁶ o processo de elaboração da Constituição obedeceria a quatro fases sucessivas: Subcomissões (com audiências públicas); Comissões temáticas; Comissão de Sistematização; e Plenário. A questão da Saúde foi tratada pela Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente que passou a compor, no momento seguinte, a Comissão da Ordem Social.

⁶ Artigos 13 a 16 do Regimento Interno da Assembleia Nacional Constituinte, 18/3/87.

A análise do perfil dos 559 constituintes revelou 58 parlamentares cujas profissões eram ligadas à Saúde, na maioria médicos. No entanto, se isso poderia representar um alto percentual em relação ao total, só superado pelo de advogados, empresários e engenheiros, um estudo mais detido evidenciava um número bastante pequeno dos que tinham a questão da Saúde nos seus currículos de história política.⁷

Quadro 1. Perfil profissional e ideológico da constituinte

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

Fonte: *Folha de S. Paulo*, 19 de fevereiro de 1987; Boletins do Diap, modificados por dados obtidos pessoalmente.

* Apenas a profissão/ocupação principal declarada ou conhecida.

** Do total, pelo menos oito empresários hospitalares e outros tantos empresários rurais (números provavelmente subestimados).

Os demais, apesar de médicos, ou já haviam abandonado a profissão ou, no momento, não incluíam a Saúde entre suas prioridades políticas e eleitorais. Verificou-se, no entanto, mais tarde que por ocasião dos processos decisórios mais definitivos, essa maioria

⁷ Cerca de 12 Constituintes, conforme depoimentos tomados.

acabou por revelar sua relação orgânica com os interesses corporativos e do capital.⁸

A Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

A subcomissão desempenhou o papel de “porta de entrada” das propostas para a Constituição. O seu trabalho consistiu em ouvir e debater com entidades da sociedade civil, lideranças e dirigentes institucionais as respectivas reivindicações e propostas e, posteriormente, elaborar um relatório que, votado e aprovado, seria apresentado como anteprojeto (no caso) para a Comissão da Ordem Social.

A subcomissão foi presidida pelo deputado José Elias Murad, do PTB de Minas Gerais, farmacêutico e médico, ligado especialmente aos temas da indústria farmacêutica e ao problema das drogas, com uma perspectiva nacionalista. O relator, na prática o papel mais relevante, foi o deputado Carlos Mosconi, do PMDB de Minas Gerais, ex-presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ex-secretário de Saúde do Distrito Federal, médico, ligado à Saúde na perspectiva do *movimento sanitário*, embora originalmente nefrologista e proprietário de serviço médico privado.

A análise da composição e perfil da subcomissão, composta por 21 Constituintes e 21 suplentes, revelou uma primeira surpresa: a maioria não havia escolhido a subcomissão como primeira

⁸ Difícil de estimar-se com exatidão, mas denunciado pelas pesquisas da Contag e do Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar (Diap), que indicaram uma grande aderência desse grupo às teses mais conservadoras, especialmente contra a reforma agrária.

opção,⁹ o que revela a falta de importância a ela conferida. Estes se dividiram polarmente entre os adeptos das teses da 8ª Conferência Nacional de Saúde e os defensores da iniciativa privada na Saúde.

Para situar melhor a perspectiva da subcomissão, foram entrevistados 25 constituintes, entre membros titulares e suplentes, durante o seu período de funcionamento. As entrevistas revelaram o seguinte perfil:

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

Caracteriza bem	Caracteriza razoavelmente	Caracteriza mal
6	12	7

2. Tem propostas específicas para a Saúde?

Abrangentes	Parciais	Não tem
9	11	5

3. Como vê a participação do setor público nas ações de Saúde?

Responsável principal	Coordenador	Responsável parcial
6	10	9

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

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

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

Concorda totalmente	Concorda parcialmente	Não
11	6	8

⁹ A Saúde não constituía o principal tema de atuação parlamentar, embora, eventualmente, conferissem prioridade aos outros dois temas da Subcomissão – Seguridade e Meio Ambiente.

6. Por que participa dessa Subcomissão?

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

Obs.: 1. Quanto à profissão dos entrevistados, 13 (52%) eram médicos.

2. Embora a maioria tenha declarado conhecer as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, muitos travaram o primeiro contato com as mesmas no início dos trabalhos, por iniciativa do Nesp da UnB.

3. Os resultados aqui arrolados são interpretações do autor a partir de diversas perguntas formuladas.

Como se pode observar, ao começo, poucos tinham propostas claras sobre Saúde, mesmo porque desconheciam o seu quadro diagnóstico com agudeza. Assim, as audiências públicas realizadas tiveram um perfil essencialmente pedagógico.

Foram ouvidas as entidades mais representativas do setor, os ministros da Saúde e da Previdência Social, dirigentes dos órgãos vinculados às pastas, secretários de Saúde e a própria Comissão Nacional de Reforma Sanitária que apresentou a proposta oriunda do seu trabalho de interpretar as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.¹⁰

As considerações e propostas feitas aos Constituintes podem ser divididas em três grupos:

- as derivadas e orgânicas com a 8ª Conferência, apresentadas pela CNRS, pelo Conass e por entidades sindicais, associações profissionais, conselhos federais, Abrasco, Cebes, entre outras;
- aquelas em defesa da prática liberal e da iniciativa privada, representadas pela AMB, FBH, cooperativas médicas, entre outras;

¹⁰ Ver relatório/discurso do deputado Carlos Mosconi por ocasião do encerramento dos trabalhos da Subcomissão.

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

O primeiro grupo, apesar de mais numeroso, foi extremamente convergente e complementar entre si, em relação às teses da Reforma Sanitária. Foi também o único grupo que trouxe propostas de texto, enquanto os demais apresentaram apenas argumentos e contra-argumentos.

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

O único subsetor desse grupo passível de aderir a uma ou outra posição era o ligado ao setor filantrópico, especialmente as Santas Casas. Este, que tradicionalmente se beneficia da sua ambiguidade (pública/privada), está sempre disposto a uma aliança com a proposta que mais lhe viabilize. No decorrer dos trabalhos acabou por ser selada uma aliança desse setor com as teses mais estatizantes quando lhe foi assegurado um tratamento diferenciado dentro do setor privado.

Os ministros expressaram posições bastante particulares. O dr. Roberto Santos, ministro da Saúde, em meio a uma grave crise interna, usou o espaço para fazer um relatório e a defesa de sua pasta e da sua administração, sempre declarando formalmente sua adesão à Reforma Sanitária.¹¹

¹¹ Atas da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, suplemento nº 98, 12ª Reunião, 30/4/87.

O dr. Rafael de Almeida Magalhães, ministro da Previdência e Assistência Social, compareceu à Subcomissão com intenções mais claras: defendendo os princípios de descentralização e democratização derivados da 8ª Conferência Nacional de Saúde e do *movimento*, propôs pragmática e corporativamente uma drástica descentralização dos recursos da Previdência Social para estados e municípios, com o risco inclusive de desaparecimento do Inamps, desde que o MPAS continuasse como “caixa” do sistema de Saúde no nível federal. Essa foi apenas a primeira investida da Previdência Social, no sentido de tentar evitar a consumação da unificação da Saúde no nível federal, que incluísse, como se reivindicava, o Fundo Nacional de Saúde sob a administração do “novo” Ministério da Saúde. Aliás, essa não foi a primeira tentativa: antes de tomarem posse, os governadores eleitos em novembro de 1986, o ministro Rafael de Almeida Magalhães contatara muitos deles com a proposta de uma descentralização do Inamps, com transferência de pessoal, patrimônio e recursos financeiros para as Secretarias Estaduais de Saúde.¹²

Esta estratégia foi denunciada num célebre e polêmico editorial do boletim da Abrasco (1987b) que acusava o MPAS de estar “cooptando” os governos estaduais e tentando esvaziar o *movimento da Reforma Sanitária* dando-lhe uma dimensão administrativa.¹³ As reações ao editorial foram severas, mas também emocionais, como o clima à época no MPAS. Um artigo de José Saraiva Felipe,

¹² Atas da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, suplemento nº 97, 8ª Reunião, 22/4/87.

¹³ O editorial da Abrasco afirmava que a proposta de descentralização dos Suds limitava a Reforma Sanitária a um aspecto meramente de gerenciamento dos recursos, retirando-lhe o caráter transformador. (N. dos O.)

intitulado “MPAS: o vilão da Reforma Sanitária?” (1988) insistia em debater o assunto de forma a denunciar a incoerência do *movimento* e defender a idoneidade do MPAS. No entanto, antecedentes remotos e recentes do ministro da Previdência e Assistência Social demonstravam nítidas contradições com os princípios da Reforma Sanitária como o “cheque consulta” e a “capitação” para médicos credenciados.¹⁴

Ainda, para reforçar essa posição discordante, embora alegando o contrário, registre-se a omissão da Previdência Social quando a CNRS discutia suas propostas, inclusive a respeito do arcabouço institucional do novo Sistema Nacional de Saúde; enquanto isso, preparava e fazia circular oficiosamente um documento reconhecido como *pink paper*, dada a sua cor – não necessariamente da política, mas do papel. Nesse documento, mais tarde aperfeiçoado e distribuído oficialmente como posição do Inamps (Cordeiro, 1987), registravam-se claras divergências estratégicas e táticas em relação a tudo que estava sendo discutido no *movimento* e na CNRS. O centro da polêmica era a falsa oposição entre a unificação “por baixo” e a “por cima”. Nunca tendo sido negado o processo pelas duas vias, a polarização servia ao não declarado (e velho) interesse corporativo de não promover a unificação em nível federal ou, pelo menos, não para o lado da Saúde. Foi aventada, na ocasião, a tese da criação do Ministério do Bem-Estar Social, que “unificaria” a Saúde pelo lado da Previdência. O mínimo que se pode dizer dessa

¹⁴O cheque consulta foi “justificado” pela necessidade de atendimento à população durante a greve dos médicos e servidores de 1986, mas retomava uma proposta privatizante antiga, já denunciada por Gentile de Mello em 1979. A proposta de pagamento por número de pacientes inscritos com cada médico, usada pelo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, adquiriu aqui uma nova forma e foi usada para estimular a clínica privada de consultórios.

e das demais propostas correlatas é que não estavam legitimadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, a base de sustentação política do *movimento* naquele instante.

Essas considerações não ilidem o enorme mérito de que acabaram se revestindo os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds),¹⁵ ao tomarem irreversível a direção da descentralização, e ao conquistarem o apoio sólido dos governos estaduais.

Entretanto, ainda que passível de contestação, se arrisca aqui a afirmação de que a reação do *movimento* à postura da Previdência, em que o editorial da Abrasco foi apenas uma das manifestações, impediu uma maior ruptura nos caminhos das mudanças institucionais pretendidas, aproximando e relativizando os Suds em relação à Reforma Sanitária; esta, para avançar, precisava dos Suds como tática, mas não podia confundir-se teleologicamente com o mesmo, sob o risco de se mostrar pífia, administrativa e parcial. Essa recomposição acabou por tomar os Suds politicamente fortes e por fazer com que significassem um avanço substantivo, inclusive no que diz respeito à substituição do clientelismo pelo voto.¹⁶

Essas considerações podem ser tomadas como conjecturas sem relação com a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, mas são fundamentais para compreender alguns desdobramentos que ocorreram por ocasião da Comissão da Ordem Social e da Comissão de Sistematização.

¹⁵Fundamentado pela E.M. 031, de 10/7/87 do MPAS/MS e pelos Decretos nº 94.657, de 20/7/87, nº 95.861, de 22/3/88 e nº 95.892, de 4/4/88.

¹⁶ Refere-se aqui à mudança de tônica no processo de nomeações de dirigentes locais da Previdência Social, principal instrumento do clientelismo federal até então, e que passou a estar subordinado a critérios supostamente mais legítimos dos órgãos colegiados e dirigentes locais e estaduais.

O texto aprovado pela Subcomissão¹⁷ introduziu alguns aspectos novos, em relação à proposta do CNRS:

- a execução das ações e serviços de Saúde como de responsabilidade do Estado;
- a proibição da propaganda de medicamentos e produtos nocivos à Saúde;
- a “facilidade” para os transplantes.

As duas últimas inclusões contaram com a participação decisiva do presidente e do relator da Subcomissão, dados os seus vínculos profissionais de origem; a primeira foi fruto da decisão coletiva majoritária da própria Subcomissão, perplexa com o diagnóstico do setor.

A Subcomissão não conseguiu chegar a um acordo sobre o financiamento, remetendo o assunto para a Comissão da Ordem Social.

O processo de elaboração do relatório e do anteprojeto contou com a participação de assessores técnicos ligados ao *movimento sanitário*, convidados para esse fim pelo relator.

A votação na Subcomissão evidenciou a função pedagógica das audiências: o anteprojeto foi aprovado em todos os seus itens com imensa maioria, obtendo votações favoráveis no padrão 19 a 3,18 a 5,21 a 2 etc.¹⁸ Isso revela o fato de que não se conseguiu adesão para a proposta apenas de Constituintes que tinham uma relação orgânica com o setor privado; os demais, inicialmente jejunos na matéria, tornaram-se adeptos das propostas do *movimento*, bastante bem representadas no anteprojeto aprovado, excetuando-se os aspectos relativos ao financiamento.

¹⁷ Ver anexo 2, doc. 09 e 10.

¹⁸ Os números variam em função do quórum de votantes e de ter sido ampliada a Subcomissão.

É mister referir as táticas dos dois principais *lobbies* que atuaram sobre o processo. Um – o que representava os interesses do *movimento da Reforma Sanitária* – foi realizado nessa etapa principalmente por intermédio da equipe do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), articulado com o Centro de Estudos e Acompanhamento da Constituinte (Ceac), também da UnB, acrescida de algumas lideranças e dirigentes de entidades como o Conselho Federal de Medicina (CFM), Abrasco etc. Mais tarde, essa organização ganhou mais corpo com a constituição da Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

O Ceac, no caso por intermédio do Nesp e com a colaboração do CFM, pretendia exercer três tipos de atividades simultaneamente: realizar estudos documentais e acadêmicos do processo, assessorar os constituintes e promover a mobilização da sociedade em relação aos vários temas em discussão. Do ponto de vista do registro, a estratégia foi gravar as várias etapas em videoteipe, para o que se contou também com a colaboração da Organização Pan-americana de Saúde (Opas).¹⁹ No referente aos outros misteres, produziram-se dois videoteipes para divulgar a proposta do conteúdo Saúde para a Constituinte,²⁰ e foram elaborados textos e promovida uma série de reuniões com a finalidade de divulgação e mobilização.

Do lado do setor privado, o *lobby* era exercido diretamente por meio da presença dos principais dirigentes da área privada, tanto hospitalar quanto da medicina de grupo, que usaram sempre um assessor principal, o dr. Reinhold Stephanes, ex-presidente do

¹⁹ Os produtos, brutos ou editados, encontram-se à disposição para consulta na UnB.

²⁰ Vídeo Nesp, *Saúde Brasil*, 17 min.; Vídeo Nesp, *Rumo ao SUS*, 19 min.

INPS²¹ na fase de criação do Sinpas, e um dos responsáveis pela implantação do modelo privatista de atenção médica na Previdência Social, naquela época. O fato de ter sido deputado federal também lhe facilitava o acesso às dependências e aos documentos do Congresso, prerrogativa de ex-parlamentares.

A Comissão da Ordem Social

A Comissão da Ordem Social instalou-se em uma sessão solene em que os relatores das Subcomissões fizeram a entrega oficial dos respectivos anteprojetos ao presidente da Comissão.²²

Houve uma inovação não regimental nessa oportunidade, quando foi convidado um representante do movimento civil correspondente a cada área para fazer uma alocução a respeito das expectativas que a sociedade tinha em relação aos vários temas em discussão na Constituinte. Ela acabou por consistir numa das três oportunidades que a sociedade teve de se manifestar direta e oficialmente dentro do processo Constituinte. A primeira foi por ocasião das audiências públicas, e a terceira, na defesa da Emenda Popular. Ao passo que nesses dois momentos puderam se manifestar todas as correntes, neste caso, a posição ouvida foi a do *movimento da Reforma Sanitária*, por ser considerada a que tinha uma relação mais orgânica com o “espírito” do anteprojeto.²³

²¹ Período 1974 a março de 1979. (N. dos O.)

²² No caso, o Deputado Carlos Mosconi.

²³ Nessa ocasião eu falei em nome do movimento a convite do presidente e do relator da Subcomissão.

A Comissão da Ordem Social foi presidida pelo deputado Edme Tavares, do PFL de Minas Gerais. O relator foi o senador Almir Gabriel, do PMDB do Pará, médico, cirurgião torácico, ex-secretário estadual de Saúde, ex-prefeito de Belém e ex-diretor da Divisão Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde; bastante ligado ao *movimento sanitarista*, era dos poucos constituintes que tinham a Saúde como um dos principais itens de sua plataforma política. A sua escolha como relator não foi aleatória, mas fez parte da estratégia geral do PMDB de ter a seu cargo as principais relatorias, além de ter sido discutida com representantes do *movimento* (assim como a escolha do relator da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente).

Não havendo mais audiências públicas, a Comissão só se reuniu para propor emendas e votar os anteprojeto apresentados pelo relator. Essa dinâmica fez com que a preparação do anteprojeto pelo relator, a partir dos textos apresentados pelas Subcomissões, consistisse na etapa mais importante da Comissão da Ordem Social. Nesse momento começaram a surgir algumas novas situações.

No início, em vez de buscar o respaldo político do *movimento* com o qual pretendia ter uma relação orgânica, o relator valeu-se de uma estratégia mais “técnica”, utilizando mais os assessores da “casa” que os externos, informais, como havia acontecido na Subcomissão.

Embora seja difícil precisar a sequência real dos fatos, percebeu-se que, além dos assessores da “casa”, a presença que se fez sentir de forma intensa durante os trabalhos foi a do Ministério da Previdência e Assistência Social por intermédio do próprio ministro Rafael de Almeida Magalhães e de seus assessores que exerciam essa função também para o relator.²⁴

²⁴Ver relatório da Comissão da Ordem Social, anexo 2, doc. 15.

Outro condicionante dos rumos do anteprojeto da Comissão foi oriunda da articulação com os elementos da Constituinte que estavam tratando dos aspectos tributários e orçamentários, em particular o deputado José Serra e alguns assessores.

Quando se tomou conhecimento da primeira versão do anteprojeto,²⁵ este já tinha uma “cara”, que acabou sendo preservada até o final da Constituinte: a da Seguridade Social, isto é, a ideia de que Saúde, Previdência Social e Assistência Social deveriam conformar um mesmo conjunto, sob a denominação de Seguridade Social.

Assunto polêmico até mesmo após a promulgação da Constituição, sobre o qual irá se referir à frente, a ideia foi apresentada sob dois conjuntos de argumentos.

O primeiro, de natureza conceitual, alegava a modernidade do termo e o fato de que os seus três componentes, muito interligados, teriam tratamento comum e mais destacado como política social integrada; o relator argumentava que dessa forma retiraria o ranço corporativo da Saúde, configurando um outro patamar; por outro lado, historicamente ligado às ideias do Estado de Bem-Estar Social, envolvia tuna tendência à universalização e ampliação de benefícios, sob responsabilidade do Estado, sem uma relação necessariamente direta entre tipo e grau de contribuição e benefícios obtidos, tal como implícito na ideia de seguro, forma sob a qual a Previdência Social era até então considerada (Oliveira e Teixeira, 1985).

O segundo, mais pragmático, alegava a necessidade de obter-se um tratamento diferenciado para o financiamento, algo impossível, caso cada área (Saúde e Previdência) fosse considerada em separa-

²⁵ Ver anexo 2, doc. 13.

do; além do mais, estaria descartada a ideia de “fundos”, conforme reivindicado pela Saúde, assim como destinações constitucionais de percentuais orçamentários para setores específicos.

Alguns representantes do *movimento sanitaria*, chamados nesse momento para opinar e sugerir aperfeiçoamentos do texto, ainda um pouco perplexos pelo novo tratamento dado à questão, alertaram para um ponto que comprometeria um aspecto considerado estratégico: o comando único e autônomo do Sistema Único de Saúde poderia estar ameaçado pela interpretação administrativa do texto, e levar a um comando subordinado à área da Seguridade/Previdência. Tentou-se contornar essa possibilidade com a inclusão do dispositivo que reza:

A proposta do orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela Saúde, Assistência e Previdência Social, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos.²⁶

Ainda que não se tivesse convicção de que essa formulação resolvia totalmente o assunto, não havia dúvida de que a proposta de financiamento significaria um substantivo crescimento dos recursos orçamentários para a Seguridade Social como um todo, e, em decorrência, para a Saúde.²⁷ Nesse particular conseguiu-se incluir

²⁶ Com discretas modificações na redação, este dispositivo foi aprovado e consta da Constituição da República Federativa do Brasil como o parágrafo 2º do art. 195, Seção I (Disposições Gerais), do Capítulo II – Da Seguridade Social (Brasil, 1988). (N. dos O.)

²⁷ Segundo análise feita por Beatriz Azeredo, o crescimento para a Saúde poderia ser de até 62%.

como disposição transitória a destinação mínima de trinta por cento do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde.²⁸

A promessa representada pela proposta de financiamento foi o principal aval para a aceitação do anteprojeto como um todo e que abria perspectivas para uma proposta de financiamento mais consistente também para a previdência social.

No entanto, e apesar disso, alguns Constituintes que tinham participado dos trabalhos da Subcomissão, junto com representantes do *movimento*, ainda tentaram uma proposta de acordo com o relator que garantisse maior autonomia financeira e administrativa da área da Saúde, sob a ameaça, entendiam, do “superministério” da Seguridade Social. Apesar de o relator negar qualquer intencionalidade ou, no seu entender, risco de que isso pudesse ocorrer, curvou-se a essas pressões e dispôs-se a encaminhar a emenda correspondente na sessão de votação do anteprojeto, mesmo sem estar convencido de sua pertinência.

Ocorreu, no entanto, um fato superveniente, que impediu que isso fosse concretizado. Face à tendência progressista desse anteprojeto, a exemplo de outras Comissões temáticas, os setores conservadores tentaram obstruir a votação para impedir que o anteprojeto fosse aprovado no prazo regimental. Dessa forma, a Comissão de Sistematização começaria do “zero”. Para evitar que isso acontecesse, acabou por ser realizado um acordo entre os setores progressistas para que todos retirassem suas emendas e o texto pudesse ser votado em tempo, o que ocorreu a despeito de várias tentativas contrárias.

²⁸ Ver os artigos 40 a 42 na versão final da proposta da Comissão da Ordem Social, anexo 2 doc. 15.

Nessa fase do processo era perceptível no plenário da Comissão da Ordem Social uma maior polarização em relação às propostas da área da Saúde, momento em que o setor privado dispunha, proporcionalmente, de mais constituintes representando-o do que por ocasião da Subcomissão. Como uma das lideranças desse movimento conservador, destacava-se o deputado Borges da Silveira, que pouco tempo depois seria nomeado Ministro da Saúde. O deputado tinha sido presidente do Parlamento da Saúde e membro do grupo assessor do PMDB que elaborou as propostas de Saúde para a Nova República. Apesar disso, por ocasião dos trabalhos constituintes não teve como deixar de evidenciar sua relação orgânica com os interesses da categoria que integrava – a dos proprietários de hospitais, interessados em manter seus privilégios. A sua condução à posição de ministro, longe de fazer dele “um a menos” na correlação de forças internas da Constituinte, significou um importante respaldo institucional para as forças conservadoras no exercício dos seus *lobbies*, inclusive na Saúde.

O processo de votação na Comissão da Ordem Social não foi, portanto, tão tranquilo quanto no da Subcomissão. As diferenças de escores foram menores, mas ainda bastante significativas a favor do anteprojeto apresentado. O único aspecto que esteve ameaçado, ganhando por pequena margem de votos, foi a Saúde Ocupacional como integrante do Sistema Único de Saúde.

Nessa ocasião surgiu um novo *lobby* constituído especialmente pelas Associações de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipa), em articulação com o próprio Ministério do Trabalho (MTb) e outros setores interessados em manter a Saúde Ocupacional fora do Sistema Único de Saúde. As alegações eram de várias ordens, mas a mais comum era o receio de a área sair do Ministério

do Trabalho, disfarçando os interesses nitidamente corporativos (e orgânicos com os interesses empresariais) dos engenheiros de segurança do trabalho.²⁹

Com as diferenças representadas pela transformação da Saúde em seção subordinada ao capítulo da Seguridade Social e pela correspondente estratégia de financiamento, pode-se dizer que o texto aprovado³⁰ continuou a conter a essência da proposta defendida para a Saúde, com alguns aperfeiçoamentos.

Cabem, no entanto, algumas considerações sobre o processo e sobre o resultado final, no que diz respeito à Seguridade Social.

Em primeiro lugar, parece ter havido um distanciamento do *movimento* do processo de elaboração do projeto. Não por opção, mas pela tática adotada pelo relator, que pretendia ser mais “técnico” e realista, interpretando as pressões do *movimento* como desvio corporativo. Entretanto, isso desconsiderou todo o processo de alianças e de construção de consenso obtido a partir das conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Todos se sentiam confusos e excluídos da discussão sobre as novas alternativas. Esse sentimento continuou presente nas etapas subsequentes do processo, ainda que se tenha conseguido uma maior participação daí por diante.

²⁹ Dentre os vários artigos, panfletos e documentos disponíveis sobre a matéria, vale citar três: “Segurança do Trabalho na Nova Constituição”, de Jorge Santos Reis, publicado no *Estado de S. Paulo* em 21/8/87, que desenvolve a lógica da separação entre as ações de engenharia de segurança do trabalho e as de Saúde pública; “Ministério do Trabalho ou Ministério da Saúde – o que vai acontecer com a segurança?” *Revista Cipa*, que reproduz e comenta os “disparates” do relatório da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, assim como traça os perfis das lideranças e dirigentes “responsáveis” pelas propostas; o terceiro é um ofício dirigido ao Deputado Bernardo Cabral pelo consultor jurídico do Ministério do Trabalho, em nome do Ministro, com cópia para o presidente da Associação Nacional de Cipas (Of. CJ/MTb/BsB nº 315/87, de 7/7/87 e 314/87, de 7/7/87), em que manifesta a posição contrária do MTb à incorporação pelo SUS da área de Saúde Ocupacional.

³⁰ Ver anexo 2, doc. 15.

Em relação à Seguridade Social podem ser feitas algumas considerações. A primeira é relativa ao evidente *lobby* corporativo do MPAS, que, por mais negado que fosse, sem dúvida exerceu uma forte influência sobre o anteprojeto. O que não fica muito claro são as reais intenções que estavam na sua origem; a não ser a perspectiva remota de um Ministério do Bem-Estar Social, bem ao feito social-democrata. Hipótese remota, uma vez que a correlação de forças do momento não era favorável ao grupo político a que pertencia o ministro; pelo contrário.

Quanto ao aspecto conceitual, pouco havia para ser consultado a respeito.³¹ Não obstante, julga-se pertinente aventar algumas considerações, no aguardo de uma contra-argumentação. Segundo o dicionário *Aurélio*, o significado semântico de “seguridade” é: “Conjunto de medidas, providências, normas e leis que visam a proporcionar ao corpo social e a cada indivíduo o maior grau possível de garantia, sob os aspectos econômicos, social, cultural, moral e recreativo”; palavra é originada do francês *sécurité* e do inglês *security* (Ferreira, 1986). Como conceito político-administrativo, o termo tem sido utilizado para designar o conjunto de ações organizadas pelo Estado para prover as condições básicas ou mínimas de subsistência da população por meio dos serviços de Saúde, Previdência e outros, dependendo da realidade em que se aplica. É um conceito utilizado pelos governos de tendência social-democrata no pós-guerra e na década de 1980 pela Espanha, França e Alemanha; no caso da Espanha encontra-se na sua própria Constituição.³² Outro país que o incorpora constitucionalmente é o Peru.

³¹ A exceção da obra de Oliveira e Teixeira (1985), já citada.

³² Ver quadro 2 ao final do capítulo.

A Comissão de Sistematização

A Comissão de Sistematização foi encarregada de elaborar o projeto de Constituição propriamente dito, que seria discutido, emendado e votado pelo plenário da Constituinte.

Integrada por todos os presidentes e relatores das comissões e relatores das subcomissões, acrescida de indicações proporcionais de todos os partidos,³³ a Comissão de Sistematização não deveria, a rigor, criar novos conteúdos, mas trabalhar a partir dos anteprojetos produzidos nas etapas anteriores. Embora constituísse um preceito regimental, a intenção real parece ter sido outra, pois foi nessa comissão que mais se investiu, visando conferir-lhe maior representatividade proporcional e também qualitativa; isto é, as principais lideranças lá estavam representadas. Os relatores foram todos indicados pelo líder do PMDB na Constituinte, senador Mário Covas, num acordo com o PFL.

Por estar integrada, em grande parte, pelos relatores oriundos das subcomissões interessados em manter suas proposições originais, podia significar uma garantia de coerência, e significava também privilegiar as teses mais progressistas. Essa é a origem dos conflitos que surgiram adiante quando os setores mais conservadores e majoritários julgaram-se ludibriados pelo regimento que criava dificuldades para o plenário modificar o texto aprovado pela Comissão de Sistematização.³⁴

Durante o processo foram redigidos e votados um anteprojeto e três projetos que deram origem ao projeto de Constituição enviado ao plenário da Assembleia Nacional Constituinte.

³³ Regimento da Assembleia Nacional Constituinte, art. 13, §1º.

³⁴ Regimento da Assembleia Nacional Constituinte, Cap. II, art. 22 e 23.

O primeiro anteprojeto representou apenas uma compilação dos anteprojeto das Comissões, sem acréscimos ou modificações. O segundo foi elaborado com base nas emendas apresentadas pelos Constituintes e consistiu no primeiro substitutivo do relator. Isto é, um novo texto criado a partir do original e da acolhida ou não, pelo relator, das emendas apresentadas. Esse primeiro substitutivo foi também aberto ao debate e recebeu emendas do plenário.

Nessa etapa foram apresentadas as Emendas Populares previstas no regimento. A seguir as Emendas Populares foram defendidas perante a Comissão de Sistematização e os debates sobre cada título, capítulo e seção, entre os constituintes.³⁵

Neste período o relator, deputado Bernardo Cabral, foi submetido ao maior número de pressões, visto que, em seguida, deveria apresentar o segundo substitutivo que seria votado pela Comissão de Sistematização. A pressão foi de tal ordem que o relator entrincheirou-se no edifício sede do Banco do Brasil, que passou a ser o “quartel general” da Constituinte.

Tal expediente não passou sem críticas, na medida em que isso não significava um distanciamento de todas as pressões; apenas os mais tímidos, sem “padrinhos” e sem gravata, não conseguiam ter acesso ao *bunker*.

Mas, se o processo padeceu desse elitismo, foi essa mesma etapa que propiciou a maior mobilização popular durante a Constituinte, motivada pela busca de apoio para as Emendas Populares que necessitavam, cada uma, de pelo menos trinta mil assinaturas de eleitores para serem admitidas e merecerem um defensor indicado

³⁵ A Emenda Popular apresentada pela Plenária da Saúde foi defendida por Sérgio Arouca, por indicação da mesma, e publicada na revista *Saúde em Debate* (20): 39-46, 1988.

pelas entidades patrocinadoras para ocupar a tribuna da Comissão.

A ideia de Plenárias, ou seja, o “pleno” das entidades de cada área, não foi original da Saúde, porém, sem dúvida, para o *movimento sanitário* esse talvez possa ser considerado o seu grande salto de qualidade. Isso porque, ao contrário dos momentos anteriores, em que havia uma certa “condução” do *movimento* por algumas entidades setoriais e por lideranças individuais, a partir da criação da Plenária, com o intuito específico de organizar a coleta de assinaturas, novos atores sociais entraram na cena da Saúde até então bastante corporativa. Mesmo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que não teve esse tom, não deu origem a um movimento organizado e mobilizador como a Plenária.

As dificuldades enfrentadas na coleta de assinaturas evidenciaram o quanto o *movimento* estava distante das entidades realmente populares, de base, na sua prática cotidiana. Nos locais em que o movimento popular de Saúde era mais forte, como São Paulo, os resultados foram mais expressivos. Isso evidenciou ainda mais a necessidade de o *movimento da Saúde, da Reforma Sanitária*, buscar seus verdadeiros aliados especialmente os que estão fora das academias e das corporações.

Essas constatações, longe de serem detratoras do *movimento*, apenas apontam novos caminhos. Os partidos de esquerda participaram de maneira importante na Plenária, especialmente PT, PCB, PC do B, assim como Abrasco e Cebes, entidades tradicionais da área, e, de forma absolutamente significativa pelo seu reconhecimento social, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (FNM), ao lado, e integrados com CUT, CGT e Conam, além de dezenas de entidades de moradores, sindicais, profissionais e éticas de nível local e regional.

A dificuldade em colher as assinaturas para a Emenda Popular da Saúde (que teve menos de sessenta mil assinaturas, enquanto a da Reforma Agrária obteve mais de três milhões de assinaturas e a do Ensino Público mais de um milhão) parece evidenciar a relatividade do “avanço” da Saúde por referência a todo o movimento social. Isto é, enquanto o *movimento*, elitizado, profissional, encaminha propostas técnica e politicamente corretas e progressistas, os que são seus sujeitos principais, os usuários, estão premidos por questões que, longe de serem contraditórias ou distanciadas, são as próprias intermediações da Saúde. Isso não significa negar ou questionar o *movimento*, mas apenas discutir a autossuficiência de que, em muitos momentos, se revestiu. Significa que, certas as teses, sua conquista só se dará por sua adequada compreensão social, o que, por sua vez, só pode ser conseguido mediante um efetivo compromisso com as lutas de base, de subsistência, de forma que a Saúde se transforme de meio em fim. E a ideia da Plenária parece ser um caminho para a ampliação da luta pela Saúde afora suas bases tradicionais.

Além da Emenda encaminhada pela Plenária, outras quatro, não antagônicas àquela, também foram apresentadas. Essas quatro versavam sobre pisos de gastos com Saúde; municipalização; ecologia; e medicina natural e terapias e métodos alternativos de assistência à Saúde,³⁶ o que evidencia, no mínimo, e apesar de tudo, a insuficiente coordenação do processo, pois esses conteúdos poderiam ter sido, com facilidade, complementares entre si e integrados em uma mesma proposta unitária. Seguramente os signatários seriam quase os mesmos, e a representatividade da proposta cinco vezes maior.

³⁶ Ver anexo 2, doc. 17, 18, 19 e 20.

Outra Emenda Popular, com organicidade diferente, foi apresentada em conjunto pela Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, Associação Brasileira de Hospitais e por um desconhecido Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade, com cerca de setenta mil assinaturas. Não se teve conhecimento de qualquer movimentação de rua para a coleta dessas assinaturas e há indícios³⁷ de que os signatários deveriam ser funcionários da área hospitalar privada. Essa emenda propunha:

Inclua-se onde couber:

O Sistema Nacional de Saúde deve respeitar os princípios:

- A - universalidade do atendimento;
- B - pluralismo de sistemas médico-assistenciais;
- C - livre exercício profissional;
- D - livre opção do indivíduo entre diversos temas.

Durante a etapa de apresentação e defesa das Emendas Populares, começaram a surgir algumas emendas globais ou substitutivos apresentados por grupos parlamentares interpartidários, como o chamado “grupo dos 32” comandado pelo senador José Richa,³⁸ entre outros.³⁹

³⁷ Indício derivado da monotonia de endereços constantes da lista de assinaturas.

³⁸ Os projetos apresentados pelo “Grupo dos 32” foram denominados “Ícaro” e “Hércules”, este último com versões de I a IV, pois, segundo os relatos do senador José Richa e do deputado Euclides Scalco, a primeira proposta de sistematização apresentada pelo relator Bernardo Cabral era um “monstrengo”, verdadeira “colcha de retalhos”, razão pela qual foi alcunhada de Frankenstein. Para enfrentar o “monstro”, elaboraram propostas que receberam nomes de heróis mitológicos. Ícaro porque a primeira versão “ainda voava alto”, depois Hércules porque era mais exequível. Na medida em que ganhava força, crescendo os entendimentos, as adesões e os apoios, a proposta Hércules foi designada como I, II, III e IV (N. dos O.)

³⁹ Ver anexo 2, doc. 22, 23, 24, 25 e 26.

Paralelamente e longe dos olhos dos que passavam pelo Congresso Nacional, o relator recebia, um a um, os ministros de Estado, expondo os interesses de suas respectivas pastas e, no conjunto, do governo. Contraditórios como o próprio governo que representavam, os ministros da Saúde e da Previdência também ali estiveram. Segundo relatos de participantes das reuniões, o ministro da Saúde, dr. Roberto Santos, empenhou-se em defender o Sistema Único de Saúde, conforme propunha o projeto da Constituição em análise.

Por outro lado, e em outra reunião, o ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, apresentou um substitutivo para a Seguridade Social reduzindo-a a um único capítulo, em que a Saúde seria apenas um artigo dos sete que o comporiam.

Art. - A promoção, proteção e recuperação da Saúde será exercida com observância das seguintes diretrizes:

I - Acesso universal e igualitário de ações e serviços;

II - Comando administrativo único e planejamento e orçamento integrados em cada nível de governo;

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

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

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

Parágrafo único - Os recursos federais destinados à promoção, proteção e recuperação da Saúde serão distribuídos aos Estados, municípios e Distrito Federal, segundo critérios definidos em

lei, baseados nas necessidades locais e na escassez de recursos próprios.

Ainda que inteligentemente formulada, contendo diretrizes essenciais, o seu nível de agregação não deixa dúvidas sobre a intenção político-administrativa: entender as três áreas – Saúde, Previdência e Assistência Social – como indissociáveis na coordenação e execução. Indagado por um dos presentes⁴⁰ sobre a omissão do Sistema Único de Saúde, o ministro respondeu (e aí se fecha o círculo) que os Suds já haviam provado a sua “inecessariedade” (!).

Felizmente, essa não foi a compreensão do relator e, tampouco, dos governos estaduais; os Suds acabaram por ser um grande aval para a aprovação Final do projeto, a despeito de alguns pensarem o contrário.⁴¹

Quando o segundo substitutivo do relator foi para votação, todos os textos haviam sido bastante “enxugados”, inclusive o da Saúde. Essa postura, longe de ser uma questão técnica como muitos afirmavam, representava, no mínimo, passar por cima de questões relevantes; ou então, optar contra as mesmas. Na prática significou a diminuição de possibilidades de negociação, nas etapas posteriores quando não se tinha mais em que ceder. Muitos parlamentares progressistas acabaram por cometer esse desvio tecnicista.

A votação não trouxe maiores surpresas, com exceção dos aspectos relativos à Saúde Ocupacional e ao monopólio estatal para a compra de matérias-primas, equipamentos e medicamentos. A concentração dos problemas nesses dois temas permitiu a celebra-

⁴⁰ Informação pessoal de um constituinte presente na reunião.

⁴¹ Como o argumento apresentado pelo deputado Jofran Frejat perante a Plenária da Saúde.

ção de um acordo para a rejeição do dispositivo sobre o monopólio, em troca da aprovação da Saúde Ocupacional como atribuição do Sistema Único de Saúde.⁴² De qualquer maneira, esse item foi aprovado por escassa maioria (47 a 45), dado o descompromisso com o acordo de alguns liderados do PFL e, principalmente, pelo carreamento de votos contrários feitos pelo PDT e alguns parlamentares progressistas do PMDB.

A apreciação feita pela Plenária da Saúde sobre o projeto aprovado foi positiva,⁴³ apesar de ter-se distanciado bastante das propostas iniciais e, em particular, da Emenda Popular, pois julgava que, na essência, a proposta do *movimento* estava preservada; era necessário o trabalho na próxima etapa para seu aperfeiçoamento.

Pelos mesmos motivos, agravados por outros aspectos em que o projeto se mostrou mais progressista, aliado à impotência regimental para reverter a situação, é que os setores conservadores desencadearam uma reação que mudou os rumos do processo daí por diante.⁴⁴

O Plenário: primeiro turno

Ao ser apresentado ao plenário da Assembleia Nacional Constituinte, o projeto de Constituição aprovado pela Comissão de Sistematização começou a polarizar a discussão entre os vários grupos de

⁴² Esse acordo foi celebrado entre o PFL, deputados Jofran Frejat e Alceni Guerra, e o PMDB, senador Almir Gabriel e deputado Carlos Mosconi.

⁴³ Análise feita em reunião do dia 16/3/88.

⁴⁴ Referência à mudança de regimento, que a partir daquele momento alterou a dinâmica dos trabalhos.

interesses, numa verdadeira medição de forças, com vistas à batalha final do processo.

Os setores conservadores da Constituinte não se conformavam com o teor do texto constitucional aprovado pela Comissão de Sistematização, considerado por demais avançado no campo das conquistas sociais e insuportavelmente estatizante. Ainda mais por não deterem os instrumentos regimentais para derrubar os dispositivos com os quais não concordavam, na medida em que o regimento interno então em vigor não permitia a apresentação de substitutivos globais e o texto básico a ser emendado tinha que ser o da Comissão de Sistematização. Portanto, por ocasião da votação de cada dispositivo, teriam de rejeitar o indesejável e aprovar uma emenda substitutiva, para o que precisariam, a cada situação, mobilizar duzentos e oitenta constituintes.⁴⁵

Isto era algo muito difícil de ser alcançado com regularidade. O setor ligado nitidamente aos interesses patronais e ao governo, e que em vários momentos esboçou a ideia de organizar-se como bloco suprapartidário, acabou por constituir o “Centro Democrático”, mais conhecido por “Centrão”, envolvendo os segmentos mais conservadores do PMDB, PFL, PTB, PDS e outros partidos. Deve-se recordar, no entanto, a origem mais remota do “Centro Democrático”, como grupo situado dentro do PMDB, desde 1984, numa clara oposição ao grupo liderado por seu presidente, deputado Ulysses Guimarães, e conhecido como grupo “Unidade”, com o qual conseguiu coexistir enquanto durou a Aliança Democrática.

O “Centrão”, alegando a manipulação da Constituinte por setores minoritários (sic), e arvorando-se como representante da “von-

⁴⁵Sobre a questão ver artigo de Maria Zaidan (1988).

tade média” do povo brasileiro, num ato de rebeldia e valendo-se de uma circunstancial maioria,⁴⁶ decidiu propor um projeto de resolução⁴⁷ para mudar o regimento interno. Obtido o número necessário de assinaturas, o projeto de resolução foi aprovado pela maioria do plenário.

O novo regimento admitia a apresentação de emendas substitutivas globais, ou seja, a possibilidade de apresentar projetos de Constituição alternativos ao aprovado pela Comissão de Sistematização; e o uso do instituto “pedido de preferência” dava a possibilidade do projeto alternativo ter preferência de votação e possibilidade de aprovação sobre o da Comissão de Sistematização.

Estava formado, pois, segundo as apreensões do momento, o “rolo compressor” que poderia pôr abaixo todo o trabalho anterior e, nessa etapa, aprovar uma Constituição completamente diferente, e até oposta à que vinha sendo (moderadamente) construída.

O “Centrão” assumiu a tarefa de elaborar o seu projeto de Constituição, apresentando-o com mais de 280 assinaturas. Apenas um outro bloco parlamentar chamado “Grupo dos 32”, que também já vinha se articulando e apresentando emendas coletivas desde a Comissão de Sistematização, sob a coordenação do senador José Richa e integrado por constituintes de feição liberal de vários partidos, elaborou uma emenda substitutiva global, conhecida como “Hércules IV”.⁴⁸

O restante dos constituintes, com o moral bastante abatido, tratou de articular a defesa do projeto da Comissão de Sistematização.

⁴⁶ Circunstancial porque não mantida em todas as etapas seguintes.

⁴⁷ Regimento da Assembleia Nacional Constituinte, art. 59.

⁴⁸ Embora elaborado, esse projeto não foi apresentado oficialmente como emenda substitutiva, mas serviu como base de negociação.

zação, tarefa, de início, considerada quase inglória, sob a liderança principal do senador Mário Covas, líder do PMDB.

O principal instrumento da defesa do projeto foi a negociação de cada capítulo entre as lideranças partidárias, na prática, entre os representantes do “Centrão” e os da Comissão de Sistematização, com a criação, agora regimental, do instituto da “fusão de emendas”. Isto é, a apresentação de uma emenda consensual resultante da fusão de várias outras oficialmente apresentadas, desde que subscritas por todas as lideranças partidárias.

Partiu-se da ideia de que o limite da perda era o projeto do “Centrão”, e o da conquista, o da Comissão de Sistematização. Assim, tudo que se negociasse nesse espaço seria vantajoso em relação ao limite da perda, alcançável na polarização do voto. A disputa no voto só seria da matéria impossível de obter consensualidade por não consistir em uma questão de grau, mas de mérito, como acabaram sendo o sistema de governo, critérios para desapropriação de terras, duração de mandato etc.

O que permitiu a negociação, mais do que uma questão de “boa vontade”, foi a percepção, que cedo se teve, de que as teses do “Centrão” não eram tão consensuais assim, mesmo entre os seus integrantes. O fenômeno “Centrão” não se viabilizara apenas por motivações ideológicas. Havia uma legião de descontentes com o processo de tomada de decisões na Constituinte e que, sentindo-se marginalizados ou “não adotados” pelas lideranças tradicionais acostumadas aos acordos de cúpula, aderiu à “reação”. Mas, no momento de tomar decisões sobre questões de princípio, já não se mostravam tão coesos entre si.⁴⁹ Tampouco se pode desprezar

⁴⁹ A principal evidência foi a dificuldade de obtenção de quórum para votar as matérias.

a movimentação feita, especialmente pelo PT e setores sindicais, de denúncia pública dos “traidores do povo”⁵⁰ que ameaçou significativamente a relação de muitos parlamentares com suas bases eleitorais; prova disso foi a forte reação por parte dos que se consideraram atingidos, e que chegaram a mover processos criminais contra os autores das denúncias.

Outro fato importante para registrar foi a decisiva participação dos partidos e parlamentares de esquerda na mesa de negociações. Dada a situação já referida de nas etapas anteriores ter escoimado ao máximo as “gorduras” do projeto de Constituição, não havia mais quase nada em que se ceder sem perder a essência. Assim, o contraponto das propostas à esquerda foi fundamental para re-balancear as matérias em análise, uma vez que os acordos só poderiam ser “fechados” com a concordância de todos os partidos. A postura madura desses segmentos, que, ao mesmo tempo que batalhavam pelas propostas mais progressistas, sempre estiveram dispostos ao acordo razoável viabilizou em grande parte os resultados; estes, ainda que insuficientes, poderiam ter sido muito piores.

A dinâmica obedecida constituiu em: obtido o acordo, era votada e aprovada a emenda substitutiva do “Centrão” no item correspondente, com destaque para a “emenda de fusão”, fruto do acordo, que era votada e aprovada; não existindo o acordo, o assunto ia para votação e era disputado no voto, como muitos o foram, com resultados variáveis.

De qualquer forma o projeto da Comissão de Sistematização sempre esteve na pauta das negociações ou das votações, uma vez

⁵⁰ Alusão aos cartazes afixados pelo país com a relação dos Constituintes que aderiram ao “Centrão”.

que tinha sido todo resgatado por emendas destacadas e apresentadas em comum acordo pelos constituintes comprometidos com o grupo político.

No caso da área de Seguridade Social e em particular da Saúde, apresentaram-se em disputa:

- o projeto da Comissão de Sistematização, diretamente ou por meio das emendas destacadas;
- o projeto do “Centrão”;
- o projeto “Hércules IV”, do “Grupo dos 32”;
- outras emendas que resgataram as teses democráticas, especialmente a Emenda Popular, sobre financiamento, sangue e a questão do monopólio; e
- emendas independentes contrárias a pontos do projeto da Comissão de Sistematização, mas também discordantes do “Centrão”.

Por um lado, essas disputas obedeciam a uma organicidade geral, polarizada entre os interesses públicos e os privados, o trabalho e o capital, a estatização e o liberalismo, mas em cada área assumiam suas especificidades, evidenciando interesses e atores concretos.

Na Saúde a grande bandeira levantada pelos setores conservadores foi a do combate à “estatização” a que levariam as propostas contidas no texto da Comissão de Sistematização. Essa bandeira uniu os setores hospitalar privado, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e o setor liberal da medicina.⁵¹

⁵¹Ver especialmente o artigo “Estatização degrada medicina brasileira” assinado por N. M. em *O Estado de S. Paulo*.

É interessante notar que esse último segmento tradicionalmente vinha fazendo alianças históricas com os setores progressistas, na defesa do setor público.⁵² No entanto, face às possibilidades de definições mais estruturais, que se configuravam desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o mesmo foi-se afastando e chegou a celebrar alianças claras com os interesses do capital.⁵³ Talvez possa ser indagada a hipótese de um erro tático do *movimento sanitário* na vertente da sua luta corporativa (Conselhos e Sindicatos), ao não ter conseguido manter a aliança com os setores efetivamente liberais, não dependentes do Estado.

É possível contra-argumentar, entretanto, que nem esse liberalismo era real e que a perspectiva de estatização não os afetava apenas ideologicamente, mas na sua prática cotidiana altamente dependente do fracasso e das insuficiências do poder público, quando não tinham vínculos íntimos com o setor privado de insumos. Por outro lado, ainda que unidos em relação à bandeira contra a estatização, os interesses particulares dos grupos ligados ao setor hospitalar privado contratado pelo poder público e o setor de pré-pagamento (medicina de grupo, seguros e cooperativas) indicavam caminhos organizacionais distintos para o Sistema de Saúde. Enquanto aquele lutava pela preservação da tutela do Estado, este pleiteava a independência do mesmo.⁵⁴

Ao setor hospitalar contratado (ou contratável) interessava o aumento da receita da Seguridade Social e uma estratégia de organização dos serviços que viabilizasse a sua participação nesses

⁵² Ver o processo de elaboração do plano do Conasp, descrito no capítulo 2.

⁵³ Ver nota publicada pela AMB no *Correio Braziliense* de 16/5/1988.

⁵⁴ Ver editorial "O Estado e a Saúde" na *Folha de S. Paulo*.

recursos, sem subordinação técnica ou administrativa ao poder público. Pelo contrário, ao setor de pré-pagamento interessava a possibilidade de captação direta dos recursos sem a intermediação do Estado, isto é, sem passar pelo “caixa” da Seguridade Social; para tal, seria necessário que a contribuição para a Seguridade Social não fosse compulsória e que se criasse a possibilidade de o Estado transferir para esse setor parte de sua responsabilidade na cobertura assistencial.

É interessante (e lógico) notar como, face a essas alternativas, o setor empresarial mais moderno tende a preferir a alternativa estatal, mantida a possibilidade de organização de serviços independentes do recurso público, contra a preservação dos interesses empresariais dependentes do Estado e pouco eficientes. O que esse setor não tolera é o que chamam de “xenofobia”, numa defesa clara da participação do capital estrangeiro no setor.⁵⁵

O Projeto apresentado pelo “Centrão”⁵⁶ basicamente atendia às reivindicações do setor hospitalar privado, conforme analisado por técnicos ligados à Plenária da Saúde.

1. O projeto em nada avança em relação ao que já vem ocorrendo na prática. Apesar de afirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, este dever está explicitado no parágrafo único do artigo 229 de tal maneira que o Estado apenas assegura a redução do risco de doenças mas não de eliminá-lo, além de não garantir o acesso às ações de saúde de maneira universal e igualitária mas somente permiti-lo. Isso seria supor que, desde já e a partir desta Constituição, deixariam de existir as desigualdades individuais e regionais em nosso país.

⁵⁵ No mesmo editorial citado na nota 50.

⁵⁶ Ver anexo 2, doc. 32.

2. Isso porque é proposto um Sistema *Nacional* Único de Saúde, financiado com recursos federais, e no qual o setor privado poderá participar de forma *complementar*.
3. Essa concepção mantém a vinculação do setor privado ao nível (recursos) federal, como tem sido até agora.
4. A observância da “autonomia” de Estados e municípios nada mais é que a sua não inclusão obrigatória no Sistema Único.
5. O artigo 230, ao caracterizar o Sistema Único como o integrado por serviços *públicos*, mantém na realidade, a multiplicidade de sistemas.
6. A direção única em cada “região ou sub-região administrativa” não diz nada; especialmente não estabelece a direção político-administrativa em cada *nível de governo* (federal, estadual e municipal), que daria à unidade nacional, com coordenação, hierarquia, clara distribuição de responsabilidades, de forma descentralizada e sem multiplicidade institucional em cada nível de atuação.
7. Falar em contrato ou convênio, sem adjetivá-los, mantém o até hoje estabelecido.⁵⁷

[...]

Um Sistema Único de Saúde que não se restrinja ao vínculo com recursos federais (Seguridade Social e Orçamento da União), tal como consta no projeto da [Comissão de] Sistematização, e, ao contrário do que consta no projeto do “Centrão”, traga a garantia da articulação dos diferentes níveis – federal, estadual e municipal com comando único em cada esfera de poder e conseqüente maior possibilidade de se enfrentar as brutais disparidades regionais de recursos financeiros e materiais na área da Saúde que grassam em nossa sociedade.

A se preservar, como implica o projeto do “Centrão”, uma enorme e proposital autonomia dos Estados e municípios na construção do Sistema Único de Saúde, a frouxidão das necessárias articulações para que se constitua um Sistema Único, eficaz e eficiente tomará fatalmente a Saúde vulnerável, de um lado, a manipula-

⁵⁷ Documento elaborado por mim e Samara R. Nitão Vieira.

ções políticas, casuísticas, e, de outro, a forte pressão dos grupos econômicos privados do setor, cuja presença é, como todos sabem, concentrada exatamente nos setores mais prósperos da nossa sociedade. Como corolário ter-se-á um jogo de soma zero, onde as áreas mais ricas, ao ganharem maior quinhão de recursos – estatais e privados –, o farão em detrimento das áreas mais pobres, enfraquecendo a presença das forças políticas destas regiões.⁵⁸

Caso aprovado, o projeto do “Centrão” significaria um retrocesso em relação ao que na prática já vinha ocorrendo na política nacional de Saúde, por intermédio dos Suds.

O substitutivo apresentado pelo “Grupo dos 32”, denominado “Hércules IV”⁵⁹ também mereceu a seguinte avaliação da Plenária de Saúde:

1. Embora o projeto signifique avanço em relação ao que existe hoje em termos de dispositivos constitucionais ou legais, ele não faz nada mais que institucionalizar os Suds – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, hoje em implantação pelo governo.
2. O uso do termo *unificado* fala sobre *processo* e não sobre *estrutura*. O que avançaria seria um sistema que fosse único de fato, com *comando* ou *direção político-administrativa* único em cada nível de governo. “*Administração unificada*” pode representar apenas uma coordenação e compatibilização entre as várias instituições que atuam em cada nível da prestação de serviços.
3. Não atribui ao poder público a responsabilidade de *execução* das ações e serviços de saúde que não tem o que delegar ao setor privado quando desejar ou for necessário; a ação *supletiva* prevista é algo realizado *em lugar de* ou *em nome de*. Assim, há uma contradição no projeto.

⁵⁸ Documento elaborado por Amélia Cohn.

⁵⁹ Ver anexo 2, doc. 33.

4. Com exceção do parágrafo que fala sobre transplante, todos os demais são previstos nos atuais e insuficientes convênios dos Suds.⁶⁰

Em face a essas circunstâncias, como referido, tentou-se repolarizar a discussão por meio da apresentação de emendas. Além daquelas que recuperavam o texto da Comissão de Sistematização, podem ser destacadas também as seguintes:⁶¹

- recuperação da Emenda Popular, pelo deputado Eduardo Jorge (PT);
- recuperação do monopólio estatal de importação de medicamentos, equipamentos e matérias-primas, pelos deputados Célio de Castro (sem partido) e Aldo Arantes (PC do B);
- inclusão do piso de 13% de gastos orçamentários com Saúde, pela deputada Abigail Feitosa (PSB);
- recuperação da ideia da “natureza pública”, pelo deputado Carlos Sant’Anna (PMDB);
- recuperação do conteúdo da Saúde Ocupacional pelo deputado Eduardo Jorge (PT);
- explicitação da proibição de comercialização de sangue e hemoderivados, pelo deputado Carlos Sant’Anna (PMDB) e senadores José Fogaça (PDT) e Mário Covas (PMDB), que deram origem a uma “emenda de fusão” sob a coordenação do deputado Raimundo Bezerra e participação do senador Jamil Haddad (PSB) e do deputado Eduardo Jorge (PT); e
- várias emendas individuais foram apresentadas para excluir ou relativizar a Saúde Ocupacional, em relação ao Sistema Único de Saúde.⁶²

⁶⁰ Documento elaborado por Eleutério Rodríguez Neto e Samara R. Nitão Vieira.

⁶¹ Ver anexo 1, Quadro evolutivo das propostas sobre saúde no processo constituinte.

⁶² Constituintes: Michel Temer (PMDB), Rita Camata (PMDB), Bocayuva Cunha (PDT), Maluly Neto (PFL) e Santinho Furtado (PMDB).

O processo de negociação foi desencadeado duas semanas antes da data prevista para votação, sob coordenação do senador Almir Gabriel e, já na fase de “fechamento”, diretamente pelo senador Mário Covas.

Pelo lado do setor progressista participaram das negociações na primeira etapa (de aproximações) também os deputados Raimundo Bezerra, Carlos Mosconi e Alcení Guerra (PFL). Pela ala conservadora, os deputados Adolfo de Oliveira (PFL), Konder Reis (PDS), Jofran Frejat (PFL) e Jorge Viana (PMDB). Ainda que o deputado Jofran Frejat não tenha sido signatário do projeto do “Centrão” e negasse a sua ligação com o grupo, acabou por ser um dos principais interlocutores dos setores conservadores, dada inclusive a escassez no interior do “Centrão” de parlamentares efetivamente ligados às questões de Saúde como militância.

Todavia, um dos mais ilustres integrantes do “Centrão”, o líder do governo na Câmara, ex-ministro, deputado Carlos Sant’Anna, no caso da Saúde tem assumido historicamente as posições da Reforma Sanitária, numa defesa intransigente e obstinada do Sistema Único de Saúde, numa contradição quase surrealista com as suas habituais posições a respeito de outras matérias institucionais e da própria conjuntura. O próprio “Centrão” tenta desqualificar sua posição invocando questões de ordem pessoal que não ilidem a postura coerente e combativa que tem mantido há muito tempo sobre a matéria. No entanto, essa não é a única contradição observada no contexto da Constituinte; para compreender de forma adequada todas as contradições aí existentes, seria necessária uma verdadeira “psicanálise política”, o que não é intenção deste trabalho.

Na fase decisiva das negociações, outros atores também entraram em cena, acrescentando aos temas tratados num âmbito

mais profissional uma dimensão política mais orgânica em relação às posições partidárias e dos blocos. Por exemplo, por um lado os deputados José Lins e Bonifácio de Andrada passaram a ser os principais negociadores do “Centrão”, por outro lado entraram na argumentação lideranças de partidos de esquerda, como o deputado Roberto Freire, do PCB, sob a batuta equilibrada (moderada) do senador Mário Covas.

Enquanto se processavam os debates no “plenarinho”,⁶³ as movimentações externas dos vários segmentos da sociedade, interessados, cada um sob seu prisma, nos assuntos em discussão, eram cada vez mais ruidosas, ocupando espaços pagos em jornal, disputando pautas de reportagem, divulgando documentos e fazendo o “corpo a corpo” final com os constituintes.

Nesse processo final, duas questões acabaram por polarizar as discussões. Uma, referente à inclusão ou não da Saúde Ocupacional como componente do Sistema Único de Saúde; a outra, a mais essencial, sobre a “natureza pública” ou não dos serviços de Saúde, com suas decorrentes implicações sobre o relacionamento entre os setores públicos e privado.

A Plenária da Saúde, em sessão permanente, com participação de delegações de vários estados, da maioria dos secretários estaduais de Saúde e de muitos secretários municipais, passou a acompanhar e analisar passo a passo as negociações por meio das informações trazidas pelos constituintes que delas participavam. Evidentemente, os representantes do setor privado faziam o mesmo, “acantonados” em outro local e trabalhando com os seus constituintes.

⁶³ Nome pelo qual passou a ser conhecida a sala de reuniões da liderança do PMDB, onde eram feitas as negociações finais.

A Plenária analisava estar negociando “na defensiva” e que era necessário ter uma avaliação mais profunda dos textos em discussão para poder opinar sobre as sutilezas de redação que estavam em jogo. Nessa ocasião, o texto base da discussão era fruto da fusão entre a proposta da Comissão de Sistematização e uma proposta trazida pelo deputado Adolfo de Oliveira,⁶⁴ em relação ao qual, antes das negociações interpartidárias, houve um acordo preliminar entre os parlamentares mais próximos da área. Isto é, o texto original do “Centrão” já não estava mais em jogo. Por exemplo, o financiamento puramente federal já havia sido descartado, e aceita a tese do financiamento solidário de União, Estados e municípios; e também havia sido objeto de acordo o texto sobre o conceito, abrangências e financiamento da Seguridade Social.

A análise feita naquele momento sobre o texto indicava, no entanto, uma vulnerabilidade da ideia do Sistema Único de Saúde, constituída, segundo entendimento da maioria, pela possibilidade de participação da iniciativa privada na cobertura assistencial pública, isto é, com recursos públicos, fora do Sistema Único. Em vista disso, foram propostas algumas redações alternativas que contornavam o problema, explicitando a proibição de aplicação de recursos públicos para custeio da rede privada, fora do Sistema Único de Saúde. Por seu lado o setor privado desejava a explicitação do direito da iniciativa privada participar das ações de Saúde. Ao final o acordo foi feito com esta inclusão, sem a explicitação desejada pela Plenária, mas inserindo o contrato de direito público como forma única de participação do setor privado no Sistema Único de Saúde.

⁶⁴ Ver anexo 2, doc. 37.

Quadro 2. A Saúde nas Constituições de Vários Países

Países	Presente na Constituição	o Direito e a Saúde	O Dever em Relação à Saúde	Organização do Sistema de Saúde
Brasil 1967	Sim	Higiene e segurança do trabalho e assistência médico-hospitalar dos trabalhadores.	União e estados legislam, estabelecem e executam planos de saúde	
Argentina	Não			
Chile	Sim	Universal e igualitário	“Preferencial” ao Estado	
Paraguai	Sim	Saúde Pública para todos; assistência médica aos carentes		
Peru	Sim	Universal e igualitário	De “todos”	Sistema nacional descentralizado
Uruguai	Sim	Apenas aos carentes	De “todos”	
Venezuela	Sim	Universal à “proteção”	Do Estado em relação à “manutenção” da saúde e aos carentes	
México	Sim	Universal à proteção e assistência aos trabalhadores e dependentes	Remete à legislação	
Inglaterra	Não			
França	Não			

Participação do Setor Privado	Financiamento das Ações de Saúde	Conteúdos Particulares	Outros
	<ul style="list-style-type: none"> • Através da previdência social • Percentual dos municípios • União 		
Através do Sistema Público	Estatal, com previsão de participação do usuário	Proteção ao meio ambiente	
Estimulada		Artigos nocivos à saúde	
Através do Sistema Público		Alimentos, insumos e drogas	Saúde integra a Seguridade Social
		Possibilidade de estatização; obrigatoriedade de obediência às medidas sanitárias	
		Planejamento familiar, saúde ocupacional, drogas	
			Não na constituição, mas em textos constitucionais históricos
			Constituição trata apenas dos princípios, processos da organização política do Estado

Países	Presente na Constituição	o Direito e a Saúde	O Dever em Relação à Saúde	Organização do Sistema de Saúde
RF Alemanha	Sim			
Suíça	Sim		Remete à legislação	
USA	Não			
Japão	Sim	Direito a “padrão mínimo de subsistência cultural e salutar”	Esforços do Estado para promover a saúde pública	
Espanha	Sim	Direito à “proteção de saúde”	“Dever do Estado”	
Portugal	Sim	Direito universal e igualitário	De “todos”, através de políticas econômicas e sociais	SNS, público, universal, gratuito, descentralizado e participativo
Itália	Sim	Direito universal à proteção e assistência aos carentes	Dever do Estado quanto à proteção	
URSS	Sim	Universal e igualitário	Do Estado	Sistemas estatais e cooperativas
China	Sim	Universal e igualitário	Do Estado e das organizações coletivas	Sistema estatal e organizações comunais
Cuba	Sim	Universal e igualitário	Do Estado	Rede Nacional
Guiné Bissau	Sim	Direito universal à “proteção”	De todos	
Nicarágua	Sim	Universal e igualitário	Do Estado	

Elaborado pelo autor, junho de 1988.

Participação do Setor Privado	Financiamento das Ações de Saúde	Conteúdos Particulares	Outros
		Medidas contra doenças contagiosas, insumos, tóxicos, vigilância sanitária, “proteção econômica” dos hospitais e taxas de tratamento hospitalar	
			Saúde integrada a Seguridade Social
Subordinado ao SNS		Diretrizes de socialização da medicina e dos medicamentos, insumos e vigilância sanitária	
		Diretrizes de recusa ao tratamento	
		Medicina moderna e tradicional planejado familiar	
		Saúde ocupacional	
	Estatização progressiva da medicina e medicamentos		
	Habitação, meio ambiente, saúde ocupacional, fome, deficientes, esportes e recreação		

Foi complexa a tomada de decisão da Plenária de Saúde para avaliar o acordo e respaldar os parlamentares nele envolvidos. A avaliação dos parlamentares e dos seus assessores jurídicos era de que não havia o risco para o qual a Plenária havia alertado. Alegavam que a combinação do contrato de direito público com a forma de financiamento proposta garantiria a totalidade dos recursos públicos do setor para o Sistema Único de Saúde. Desta forma, asseguraria que o setor privado só receberia recursos públicos de custeio sob contrato de direito público e dentro do Sistema Único.

Por outro lado, muitos julgavam que o *movimento* se desgastaria intensamente caso avalizasse as perdas sofridas e que seria melhor arriscar na disputa pelo voto. Havia uma avaliação (nunca passível de ser comprovada com segurança) por parte dos secretários estaduais de Saúde de que conseguir-se-ia maioria numa votação. No entanto, o que estava na mesa de negociações não era só a Seção Saúde, mas todo o capítulo da Seguridade Social; e pelas regras do jogo vigentes, o acordo só seria “fechado” globalmente. Essa era uma variável difícil de analisar e de “bancar”, isto é, se fosse levada para votação, poderia ser que na Saúde até se conseguisse vantagem, mas e nas outras partes, como o financiamento da Seguridade Social (e da Saúde), a Previdência etc.? Seguramente era um jogo de ganhar de um lado e perder do outro; ou perder dos dois. Assim, tratava-se de identificar o ponto crítico de viabilidade do acordo. A concordância em substituir o termo Saúde Ocupacional por Saúde dos Trabalhadores influenciou favorecendo o acordo. Apesar da relutância de alguns setores, especialmente o ligado ao PC do B e seus próprios parlamentares presentes, houve condições de respaldar os constituintes para concluírem as negociações.

Pelo acordo, com o qual o PC do B acabou concordando, mesmo marcando posição de insatisfação por ocasião da declaração de voto em plenário, ficou preservada a possibilidade de disputa pelo voto de três tópicos: a emenda de fusão sobre a proibição do comércio de sangue e hemoderivados, proposta pelo deputado Raimundo Bezerra; a emenda da deputada Abigail Feitosa sobre o piso de gastos orçamentários em Saúde; e a emenda do deputado Célio de Castro sobre o monopólio da importação de medicamentos, equipamentos e matérias-primas.

Outro indicador relativo ao avanço conseguido foram as manifestações veladas dos representantes da área privada de insatisfação quanto ao texto acordado. Um parlamentar do “Centrão”, questionado por um dirigente hospitalar do setor privado, chegou a responder que o problema era que “as esquerdas tinham trabalhado mais e melhor desde o começo e tinham tornado certas conquistas difíceis de serem revertidas na última hora”.

O setor de pré-pagamento, ainda que não tenha conseguido que a contribuição previdenciária fosse opcional para o setor público ou para o setor privado, parece não ter se sentido tão prejudicado, de acordo com manifestações na imprensa; a rigor, mesmo sem abrir qualquer possibilidade nova de financiamento desta modalidade com recursos públicos, essa forma de organização da prática médica realmente foi preservada.

Em plenário, a única emenda aprovada além do texto do acordo foi a relativa ao sangue, defendida arduamente por seu apresentador, pelo relator da Constituinte e pelo líder do governo na Câmara. A votação foi significativa pelo escore (313 a 127), e pelo seu impacto na opinião pública. No dia seguinte, mais que a aprovação do Sistema Único de Saúde, a imprensa alardeava a “estatização do sangue” no país.

Os aplausos da galeria provindos de lado a lado podiam confundir alguns, mas não confundiam os analistas que tinham uma relação efetiva com o capital, como revelava a reportagem de capa da revista *Visão* na sua edição semanal: “Constituinte: o fim da medicina privada”.

4. A SAÚDE E A NOVA CONSTITUIÇÃO: PECULIARIDADES, IMPLICAÇÕES E PERSPECTIVAS

Análise do Conteúdo

Como afirmado em textos anteriores (Rodriguez Neto, 1987c), uma Constituição ideal, verdadeiramente democrática, não necessitaria de uma parte especialmente dedicada à Saúde. Os seus objetivos, de natureza individual e coletiva, no contexto de uma organização social democrática já seriam as condições necessárias e suficientes para a busca do alcance e do gozo da Saúde. E a Saúde, apreendida como expressão individual e coletiva do sucesso do usufruto equânime das riquezas materiais e intelectuais (ciência e tecnologia), deixaria de ser algo “setorial” para ser o próprio objetivo da nação.

É óbvio que se está aludindo aqui a uma “quase utopia”, que, no entanto, pode servir para definir o ponto de partida da análise; onde começam os desvios, distorções e peculiaridades do processo.

A rigor, nenhuma das constituições analisadas, seja de países capitalistas, seja de socialistas, consegue exprimir algo parecido com isso¹ e há várias tentativas de explicação.

¹ Ver quadro 2, capítulo 3.

Primeiramente, parece estar o tipo de papel que representa, em cada realidade sociopolítica, a sua Constituição. Ao passo que os regimes socialistas investem mais no processo de democratização das instituições dando por suposto a superação do conflito entre capital e trabalho, as demais Constituições revelam muito mais uma institucionalização das mediações dessa relação.²

Como no primeiro caso a universalização dos direitos sociais também está dada, tampouco parece imprescindível a explicitação daqueles relativos à Saúde; apenas a intenção do Estado quanto ao seu nível de valorização. No caso do grupo de países capitalistas, a Saúde aparece quase sempre quando é necessário estabelecer os limites da responsabilidade do Estado, as formas de financiamento e o papel do setor privado.

Entretanto, chama a atenção uma maior explicitação da questão Saúde nas Constituições mais recentes, tanto socialistas quanto capitalistas. Tem-se como hipótese para explicar essa situação algo peculiar à Saúde. Isto é, o entendimento por parte dos governos, sejam socialistas ou capitalistas, de que a Saúde não se conquista de forma espontânea, pelo simples desenvolvimento social e econômico, sendo possível em um caso acelerar o seu processo e em outro retardar ou compensar os efeitos perversos da exploração capitalista, ambos por meio de estratégias racionalizadoras.

São evidentes essas diferenças quando se analisam as constituições de Cuba e Nicarágua e, por outro lado, Portugal e Peru.³

Seria desnecessário repetir aqui o afirmado no primeiro capítulo referente à insuficiência do instrumento Constituição para

²Ver quadro 2, capítulo 3.

³Ver quadro 2, capítulo 3.

avaliar as reais ou declaradas políticas dos países, especialmente no campo social. No entanto, o presente trabalho pretende sempre circular dentro desses limites, pois senão seria outro, de análise de políticas sociais.

Assim, a intenção será sempre identificar nos dispositivos constitucionais o que facilita ou impede a conquista da Saúde ou que caminhos se abrem com os mesmos.

No caso brasileiro, a nova Constituição não é fruto de um processo revolucionário ou mesmo de um pacto social obtido pela participação das várias forças sociais. Mais que tudo, é quase uma “atualização” constitucional de conquistas setoriais, viabilizadas pelo pacto político que superou o chamado Estado autoritário/militarista pelo Estado de direito.⁴

Dessa forma, é impossível se apreender na nova Constituição uma coerência e uma harmonia que refletissem a culminância de um processo de lutas e acordos sociais. Pelo contrário, é como se representasse uma aferição das regras para o início, de fato, de uma nova etapa do processo; um novo patamar para as lutas políticas e sociais.

É, pois, compreensível o avanço desigual das várias áreas tratadas pela Constituição, sem que isso signifique uma “insuficiência técnica” como querem alguns. A busca desse padrão de qualidade seguramente iria pender para o “nivelamento por baixo”. Isto é, se fosse estabelecer o nível de detalhe, de especificação, a partir dos consensos mínimos, certamente muitas questões que tratadas isoladamente comportariam explicitação, deixariam de apresentá-la

⁴ Neste caso está se usando livremente os termos, de acordo com a terminologia corrente; uma maior precisão conceitual pode ser encontrada no texto de O'Donnell sobre os Estados Burocráticos Autoritários (1987).

em benefício da forma, mas traindo acordos e avanços sociais previamente conquistados. Assim, o pragmatismo teve que ocupar o lugar do “constitucionalismo” que só serviria neste momento para colocar peias no processo.

É aí que o movimento social permanentemente articulado para pressionar os constituintes acabou por ter um papel fundamental, a despeito da queixa de muitos de estarem trabalhando sob pressão. No entanto, antes essa pressão do que a pressão canalizada apenas pelas instituições governamentais e pelo poder econômico.

Apesar disso, nem todos os segmentos sociais entenderam essa possibilidade e investiram nela. Talvez o que se vai considerar como “avanço relativo” da área da Saúde tenha muito a ver com o investimento que o *movimento sanitário* fez sobre o processo, para assegurar que suas conquistas políticas prévias fossem inscritas no texto constitucional; era questão de lutar pelo reconhecimento do “direito adquirido”.

Lenir Santos

Neste parágrafo o autor, sem dúvida, refere-se, quando fala no investimento que o movimento sanitário fez no processo, para assegurar que o seu avanço político prévio fosse inscrito no texto constitucional e da suposta garantia de um “direito adquirido”, a vários direitos referentes à saúde pública que foram conquistados no campo político e administrativo nos anos que antecederam a Constituinte.

Dentre eles deve ser destacado o programa federal que foi implantado naqueles anos (1987/88) e que estava sendo implementado na época dos debates da Assembleia Nacional Constituinte. Trata-se do Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados

de Saúde (Suds), instituído pelo Decreto nº 94.657, de 20/7/87, assinado pelo presidente José Sarney. Naquele momento, havia uma confluência de forças políticas positivas que permitiram a execução de parte da Reforma Sanitária, uma vez que estava à frente do Ministério da Previdência e Assistência Social o ministro Raphael de Almeida Magalhães, e era presidente do Inamps, autarquia federal vinculada àquele Ministério, o médico Hésio Cordeiro, participante e defensor da implantação imediata da Reforma Sanitária.

Os Suds foram criados em 1987, tendo como marco legal a Constituição vigente à época, que permitia à União delegar a execução de serviços federais para estados e municípios, por meio de convênio. O Inamps, autarquia federal, era a responsável pela prestação, ao trabalhador contribuinte da Previdência Social, de um dos benefícios previdenciários, a assistência ambulatorial e hospitalar.

Essa delegação de competência se consubstanciou na celebração dos convênios Suds, firmados entre Estados e a União, representada, na ocasião, por todos os Ministérios que, de alguma forma, integravam o vigente Sistema Nacional de Saúde segundo a Lei nº 6.229/75 (Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Ministério do Trabalho, Ministério da Educação e Cultura e pela autarquia Inamps).

O primeiro convênio foi firmado entre a União e o Estado de São Paulo, em 1987. O objeto do convênio era somar as ações e serviços de saúde do Estado, e dos municípios que aderissem ao convênio, aos serviços de saúde da União, em especial os executados pelo Inamps. O Secretário de Saúde no Estado, naquele momento, passou a acumular as funções de Superintendente do Inamps, com as de Secretário, e os hospitais do Inamps existentes no Estado passaram a ser geridos pela Secretaria, e seus serviços foram universalizados,

ou seja, não seriam atendidos apenas os trabalhadores beneficiários da previdência social, mas sim todos os cidadãos.

Essa foi a primeira revolução na Saúde ocorrida na prática: a unificação de ações e serviços de Saúde, com comando único no Estado, com a conjugação de recursos financeiros e a universalização do atendimento. Havia uma Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), composta por representantes das três esferas de governo e por algumas entidades da sociedade civil, que era a gestora do convênio. Todas as decisões tomadas pelo Secretário da Saúde – que acumulava as funções de Superintendente do Inamps – deveriam ser referendadas pela CIS.

Esse direito – universalização, descentralização, unificação das ações e serviços de saúde e comissões tripartites – não poderia ser perdido na Constituinte. A nova Constituição deveria ir além, sem jamais retroceder, o que poria em risco os avanços alcançados. Essas conquistas dos participantes da Reforma Sanitária não poderiam ser perdidas. Havia necessidade de consagrá-las no texto constitucional que estava sendo discutido.

A avaliação das conquistas da Saúde deve ser feita em duas vertentes: a primeira, mais subjetiva, em relação aos aspectos gerais relacionados com a possibilidade e os riscos assegurados pela nova Constituição à saúde e à doença, respectivamente; a segunda, relativa aos dispositivos específicos que tratam dos objetivos, dos princípios e das estratégias de organização das práticas de Saúde propriamente ditas ou que sobre elas exercem claros condicionantes.

Em relação à primeira vertente, assume-se como questão de princípio que “quanto mais democracia, mais saúde”. Ainda que essa afirmativa não seja suficiente, considera-se que é absolutamente

necessária e, nesse sentido, as conquistas referentes às liberdades e aos direitos individuais não deixam margem a dúvida sobre um significativo avanço formal na direção da democracia, ainda que do ponto de vista das relações econômicas os avanços obtidos tenham sido apenas na direção de um certo nacionalismo.

Os dispositivos relativos aos direitos dos previdenciários, ainda que insuficientes, implicarão, evidentemente, em menos desgaste para os trabalhadores e, conseqüentemente, redução de seus riscos de adoecer. No entanto, o problema da periculosidade e da insalubridade ainda ficou padecendo de um adequado tratamento. Isto é, apesar de referida como algo a ser evitado, é também reconhecida e transformada em rendimentos “compensatórios”; é a cristalização da “venda da saúde”. Ainda que se compreenda que isso possa representar uma pressão sobre os empregadores para diminuir os riscos de periculosidade e insalubridade, não parece que essa seja a melhor estratégia de luta. Uma melhor compreensão da questão por parte dos próprios trabalhadores poderia ter levado a outras reivindicações específicas, como a diminuição do tempo de exposição ao risco em certas situações em que o tempo é condicionante, ou o direito à recusa ao trabalho nas situações de risco evitável⁵ sob controle sindical.

Tentou-se incluir essa questão na seção da Saúde,⁶ mas não se teve apoio sequer dos relatores e da liderança do PMDB, o que a inviabilizou de início. Talvez tivesse tido mais sucesso se tratada como um assunto geral e não específico da Saúde, visto que era entendida como uma exorbitância setorial.

⁵Ou outras medidas como estabilidade para portadores de doenças profissionais, responsabilidade civil e criminal para a empresa etc.

⁶De acordo com emenda do deputado Eduardo Jorge (PT).

Uma outra área bastante correlacionada com da Saúde é a do meio ambiente. Nesse particular, segundo especialistas e militantes da área, o Brasil talvez venha a ser um dos países com preceitos constitucionais mais rigorosos, com dispositivos que protegem desde os ecossistemas até a diversidade do patrimônio genético, passando pela questão nuclear e prevendo a criminalização das práticas detratórias.

No artigo que trata da propaganda de medicamentos, bebidas e tabaco, também foram incluídas as substâncias tóxicas, numa preocupação especial com agrotóxicos.

É interessante mencionar que, apesar de pouco representado na Constituinte, o movimento ecológico foi um dos que atuaram bastante na defesa de suas teses e foi das poucas áreas que cresceram no decorrer dos trabalhos; o texto final é mais amplo e progressista do que os primeiros relatórios da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.⁷

No que diz respeito ao texto sobre Saúde propriamente dito, além de analisá-lo em cada um de seus aspectos, é necessário também uma análise comparativa, evolutiva entre as suas várias versões apresentadas no decorrer do processo.

Embora muitos outros textos tenham sido apresentados, seja por parlamentares individualmente, seja em bloco, por entidades, por técnicos e assessores, além dos textos intermediários dos próprios relatores, optou-se por utilizar como parâmetros apenas cinco: a Emenda Popular; o anteprojeto da Comissão da Ordem Social; o projeto da Comissão de Sistematização; e o substitutivo do “Centrão”; além de algumas emendas adversas; os demais textos encontram-se, contu-

⁷Ver, a respeito o relatório correspondente, Capítulo do Meio Ambiente.

do, no anexo 2, procurando dar-lhes a sequência cronológica mais fiel possível.

A análise a seguir será feita tomando por base os tópicos que, em algum momento, foram tratados por algum dos textos apresentados; a maioria, de uma forma ou de outra, esteve presente em todas as versões, conforme evidencia o quadro do anexo 1.

Retomando a comparação com os países cujas Constituições foram analisadas, é importante referir que o texto constitucional aprovado no Brasil é o mais completo e explícito entre todos. É, do ponto de vista dos países capitalistas, o que melhor caracteriza o Sistema Único de Saúde, a responsabilidade do Estado e as relações com o setor privado. Dos países analisados, a Constituição de Portugal que data da Revolução dos Cravos (1974) é a que mais se parece com a do Brasil tanto na forma quanto no conteúdo; entretanto, a Constituição portuguesa não considera a Saúde dentro da Seguridade Social e tampouco explicita aspectos do financiamento.

Os Direitos e Deveres

A questão do direito universal à Saúde, assim como a do acesso igualitário às ações de Saúde, está assegurado constitucionalmente tanto na seção específica (art. 229/196)⁸ como nas disposições gerais sobre a Seguridade Social (art. 227/195).

No relativo ao dever, não só está referido o dever do Estado quanto à execução das ações de promoção, proteção e recuperação

⁸ O autor numera os artigos segundo o texto aprovado no primeiro turno em plenário em 17 de maio de 1988. Optamos por acrescentar ao lado, em itálico, o número que adquiriram na Constituição aprovada em outubro de 1988. (N. dos O.)

da Saúde, como algo sem efeitos práticos imediatos, mas de grande impacto político, que é o dever de “executar políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e outros agravos”.

Comparando o texto aprovado com o da Emenda Popular, verifica-se que a modificação ocorrida foi a de não explicitar os direitos fundamentais implícitos no direito à Saúde. Assim, perdeu-se em explicitações, sem dúvida importantes, mas não houve alteração de direção de intenção. De qualquer forma, o enunciado aprovado significa, pelo menos do ponto de vista da declaração formal do direito, uma superação dos dispositivos constitucionais legais vigentes que vinculam o tipo de direito à capacidade contributiva. Isso caracteriza, segundo Oliveira e Teixeira (1985), a passagem do Seguro Social para a Seguridade Social.

Embora esse não tenha sido dos pontos mais polêmicos, comportou também, no decorrer dos debates e proposições, algumas concepções distintas.

Lenir Santos

A Constituição em seu art. 196 expressa que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e do agravo à saúde do cidadão, garantindo, ainda, o acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, recuperação e prevenção. O comando do art. 196 nos leva à compreensão de que o Estado deve adotar políticas públicas que induzam o desenvolvimento social e econômico, reduzam a desigualdade, eliminem os fatores que negativamente afetam a saúde da população, como a baixa renda, a falta de escolaridade, a pobreza, o desemprego, a fome

e outros fatores determinantes e condicionantes de uma má qualidade de vida que certamente influenciará nas condições de saúde da população, aumentando o risco de doenças. Como já afirmava Giovanni Berlinguer, “quem é pobre morre antes”.

A segunda parte do art. 196 tem redação mais concreta, determinando que o Estado garanta ao cidadão ações e serviços de saúde que possam prevenir, promover e recuperar a saúde. A Constituição, ao determinar que as políticas públicas no campo econômico e social devem apontar para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, com repercussão, ainda que indireta, na saúde do indivíduo e da coletividade, alterou substancialmente o conceito de saúde. Saúde não tem apenas o significado de equilíbrio orgânico, mas é o resultado da qualidade de vida de um povo, das políticas adotadas pelo Estado, não podendo o setor Saúde, exclusivamente, ser responsabilizado pelas condições de saúde da população. A concepção de saúde como resultante de questões extrassetoriais mais abrangentes se contrapõe à concepção de que a doença (falta de saúde) é a causa de distúrbios e desvios de outros setores. A pobreza, a alimentação deficiente, a moradia precária, a falta de saneamento são causas básicas da doença, ou da falta de saúde.

A primeira dizia respeito à questão: o direito é relativo à Saúde ou às ações (atenção) de saúde?

O próprio texto aprovado no Congresso da Abrasco⁹ refere o direito à atenção de saúde e alguns argumentavam que há limitações inatas ao usufruto desse direito, como as deficiências que não são passíveis de prevenção. Depois de algumas discussões, chegou-se à conclusão da adequação da formulação mais geral (direito à Saú-

⁹Ver anexo 3, doc. 05.

de) por dois motivos principais: um, político, ou seja, o enunciado ganha mais veemência; e segundo porque, teoricamente, a evolução científica e tecnológica deve apontar para a superação das deficiências consideradas inatas até hoje, assim como de outras limitações do conhecimento.

Outra argumentação usada para combater a universalização do direito foi a defesa da tese da “Previdência para os previdenciários”. Isso significava a manutenção da Saúde no âmbito da Previdência ou, pelo menos, o não repasse de recursos da Previdência para a Saúde, numa alegação corporativa (ainda que explicável) de parte do movimento sindical.¹⁰

Lenir Santos

Nesse ponto, cabe um esclarecimento. Anteriormente, não existia o direito à saúde, mas apenas o direito do trabalhador integrante do regime geral de previdência social (trabalhador formal) a benefícios previdenciários, dentre eles, serviços ambulatoriais e hospitalares. Esses benefícios eram prestados no âmbito da previdência social pela autarquia que integrava o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), o Inamps.

Esse sistema acabou com a atual Constituição. Deixamos de lado o sistema de seguro social e passamos para o da seguridade social, com três áreas distintas, ainda que vinculadas por princípios e diretrizes constitucionais únicos, expressos nos artigos 194 e 195 da Constituição Federal.

¹⁰ Esse também foi um argumento muito usado por ocasião dos debates sobre a unificação do Sistema de Saúde.

Entretanto, as fontes que financiam a Seguridade Social – que deveriam integrar o orçamento da Seguridade Social e, enquanto anualmente a Lei de Diretrizes Orçamentárias teria que estabelecer o percentual de cada área –, em razão das dificuldades políticas para a fixação desses valores, passaram a ser vinculadas. A Emenda Constitucional 20 vinculou as contribuições previstas nos incisos I e II do art. 195 para a área da Previdência e a Emenda Constitucional 29 vinculou percentuais das receitas dos Estados e municípios para a Saúde e outros valores para a União, isso sem falar na criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que inicialmente deveria ser para financiar a saúde e que hoje tem outras destinações específicas.

Por outro lado, a questão do “dever” enfrentou problemas mais sérios. É que alguns setores (inclusive o primeiro relatório oficial da Comissão da Ordem Social) advogavam que o Estado não pode ser o único responsável por assegurar o direito à saúde; também caberia ao indivíduo, à família e à sociedade parte dessa responsabilidade.

Para uns isso era uma questão de lógica formal, mas para outros a argumentação continha intenções mais preocupantes. É evidente que não se nega a necessidade de participação do indivíduo, da família e de outros setores da sociedade na promoção, proteção e recuperação da Saúde. Entretanto, também é possível contra-argumentar que o conhecimento e os instrumentos necessários para essas ações devem ser providos pelo Estado. O que esteve em jogo, efetivamente, foi a abertura da possibilidade de, cabendo também a outrem o dever quanto à saúde, o Estado poder delegar a segmentos da sociedade a responsabilidade por sua saúde, implican-

do na subdivisão do Sistema de Saúde e eliminando o princípio da equidade.

Os setores mais conservadores¹¹ e os liberais se aproximaram na defesa desse ponto, e até foi distribuída uma publicação assinada por ilustres próceres da medicina com o título “*Saúde: obrigação de todos*”.¹²

Vale dizer, no entanto, que o direito à Saúde não foi questionado pelo setor privado, uma vez que a este setor sempre interessou maior demanda (desde que acompanhada também de mais recursos).

A Organização do Sistema: as relações entre os setores público e privado

Embora possam ser analisadas separadamente, dada sua grande inter-relação, decidiu-se por examinar esses dois tópicos em forma conjunta.

Pelo texto aprovado, dois artigos se referem a esses temas: o artigo 231/198, que trata do Sistema Único de Saúde e o artigo 232/199, que alude à iniciativa privada.

O artigo 231/198 dispõe sobre a constituição do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, dizendo que o mesmo é integrado pelas ações e serviços públicos de Saúde. Por outro lado, o artigo 232/199 diz que a assistência à Saúde é livre à iniciativa privada, configurando dessa forma dois sistemas: o público e o privado.

¹¹ Como ilustra o artigo publicado em *O Estado de S. Paulo* citado na nota 48 do capítulo 3.

¹² Trata-se de uma publicação assinada por Adib Jatene, Aloysio Salles da Fonseca, Hilton Rocha, Euríclides de Jesus Zerbini, Reinhold Stephanes e outros.

No entanto, o seu parágrafo 1º afirma:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Ora, o que propunha a Emenda Popular e, com pequenas variações, também os demais textos intermediários até o da Comissão de Sistematização? Que as ações e serviços de Saúde (todas) integrariam o Sistema Único de Saúde e que o setor privado poderia participar de forma “supletiva” da cobertura assistencial, sob contrato de direito público. Alguns dos textos também explicitavam que as ações e serviços de Saúde são de “natureza pública” e, também, que “cabe ao poder público a regulamentação, a execução e o controle das ações e serviços de Saúde”.

Todo esse conjunto de formulações pressupunha que o Sistema Único de Saúde seria de fato único; isto é, todos os serviços públicos e privados se vinculariam ao mesmo, sendo que os serviços privados atuariam como concessão do Estado.

A Emenda Popular ainda ia além: abria a possibilidade de as entidades sem fins lucrativos (e apenas essas) participarem da cobertura assistencial; e permitia transitoriamente essa possibilidade para as lucrativas. Estas, no prazo de dez anos, não poderiam mais receber quaisquer recursos do poder público, a qualquer título. O almejado era o proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde: a estatização progressiva. Do setor privado só poderiam existir (sempre subordinados à regulamentação e ao controle do poder público

e sob sua concessão) os subsetores filantrópico e liberal, isto é, os que não dependessem dos recursos públicos.

Do ponto de vista das diretrizes organizativas, o único questionamento essencial feito ao longo do processo foi o do “Centrão”, quando tentou descaracterizar o “comando único em cada nível de governo”,¹³ transformando-o para “cada região em sub-região administrativa”. Eram claras, neste caso, as intenções de não descentralizar, de fato, o poder do Sistema Único para estados e municípios, como já analisado no capítulo anterior, e não houve condições de, desvendadas estas intenções, obter apoio para a proposta. Vale dizer que essa “exegese” dos textos alternativos era absolutamente necessária, na medida em que se jogava com a ambiguidade e falta de clareza, para que se necessitasse posteriormente de interpretação jurídica e o texto não fosse autoaplicável. Era a manobra da postergação da definição, face à dificuldade de decisão favorável às teses respectivas.

Ainda no referente às limitações a serem impostas ao setor privado, encontra-se a proibição de auxílio ou subvenção. Lembre-se que a proposta era a proibição de recursos para investimento, ou, no fundo, de financiamentos favorecidos, como no caso do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).¹⁴

¹³ A redação aprovada da primeira diretriz organizacional do sistema único foi “com direção única em cada esfera de governo”. (N. dos O.)

¹⁴ O FAS, criado em dezembro de 1974 e implantado em 1975 sob gerência da Caixa Econômica Federal, pretendia financiar projetos e programas da área social tanto do setor público quanto do setor privado. Os recursos poderiam ser usados para investimento, custeio ou manutenção e deveriam ser aplicados 70% no setor público e 30% no setor privado. No entanto, “mais de 70% dos seus recursos em cinco anos de funcionamento foram canalizados para a construção e equipamento de unidades privadas hospitalares situadas no eixo Rio-São Paulo” (Cordeiro, 1982: 87). Com o FAS “fecha-se o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde (... que) fazem da assistência à saúde um negócio altamente lucrativo” (Braga e Paula, 1981: 131-2). Ver Escorel, 1999: 54-56. (N. dos O.)

Outra limitação foi a relativa à proibição da participação do capital estrangeiro na assistência à Saúde no país. Embora criticada como xenófoba por uns poucos, obteve sempre o apoio dos setores ligados ao empresariado hospitalar (na maioria pequenos empresários), na defesa de sua “reserva de mercado”.

O setor privado, por intermédio dos seus parlamentares, fez questão que se modificasse o texto que responsabilizava o Estado pela execução dos serviços de Saúde no País e se introduzisse que esta seria feita “diretamente ou através de terceiros”, explicitando ainda o direito constitucional de participação de “pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Isto significa que está descartada a possibilidade da diretriz constitucional implícita nos textos de base, de estatização progressiva. O que se instituiu foi um Sistema Único público paralelo a um sistema privado, o qual poderá participar do primeiro mediante contrato de direito público e submetido às suas normas e diretrizes. No entanto, essa participação é complementar e não supletiva, o que significa um espaço garantido e próprio e não, como se queria, o exercício “em nome” do setor público.

Por outro lado, resta uma dúvida: é possível a destinação de recursos públicos para custeio de ações e serviços privado “por fora” do Sistema Único? Os constituintes que estavam na negociação insistiram que não; que a obrigatoriedade do contrato de direito público e o fato de que todo o recurso público seria para o Sistema Único de Saúde impediriam qualquer “brecha”. Entende-se, no entanto, que esta “brecha” existe, na medida em que em nenhum lugar está dito que os recursos públicos do orçamento de Seguridade Social, dos estados e municípios seriam destinados apenas para o Sistema Único. Está escrito que o Sistema Único de Saúde

será financiado com esses recursos, mas não que estes são só para o SUS.

Lenir Santos

Inicialmente pretendia-se que a Saúde fosse considerada como de “natureza pública”. A natureza pública das ações e serviços de saúde levaria ao entendimento de que somente o Poder Público poderia atuar nesse campo, cabendo-lhe delegar a terceiros, mediante concessão ou permissão, a execução desses serviços.

A estatização do setor Saúde não encontrou eco na Constituinte, e a solução encontrada foi a de que o Sistema Único de Saúde é o sistema público que se destina a cumprir o disposto no art. 196 da Constituição Federal, segunda parte.

As ações e serviços de saúde públicos que se destinam a garantir o acesso universal igualitário previsto no texto constitucional constituem um único sistema. Esse é o Sistema Único de Saúde. Ficou a ressalva de que o setor privado que pode atuar livremente na área da saúde poderá participar desse Sistema quando o Poder Público julgar que seus serviços são insuficientes para atender à demanda de uma determinada população. Nestes casos poderá recorrer aos serviços de terceiros, pessoa jurídica ou física, contratando-os.

As entidades privadas sem finalidades lucrativas e as filantrópicas gozam de preferência nessa participação complementar. A sua participação se dá por meio de convênio, em reconhecimento à sua qualidade de parceira do Poder Público, uma vez que atua em área de interesse público, não distribuindo lucros nem dividendos aos seus diretores. Entretanto, ressaltamos que essa preferência não é

absoluta, cabendo ao Poder Público fixar as suas diretrizes e submeter essa preferência ao interesse público.

Como no caso da Constituição, dizem, o que vale é o “espírito” com que o item foi aprovado. Parece que não haverá condições políticas para uma interpretação desfavorável desse ponto, sob a ótica dos interesses públicos. Isso supõe, no entanto, a necessidade de maior clareza por ocasião da legislação complementar, de tal maneira que não sobre dúvidas de que o aprovado é o Sistema Único que engloba todas as ações e serviços de Saúde financiados com recursos públicos.

Por outro lado, merece uma advertência para possível correção, um dispositivo contraditório aprovado no capítulo relativo à família e à criança. Trata-se do artigo 264/227, que no seu parágrafo 1º diz:

O Estado promoverá conjuntamente com entidades não governamentais programas de assistência integral à Saúde da criança e do adolescente, obedecendo aos seguintes princípios:

I - percentual dos recursos públicos destinados à Saúde será aplicado na assistência à Saúde materno-infantil (...).

Isso não só abre a possibilidade *a priori* da participação das chamadas entidades não governamentais como estimula (pelos recursos específicos) a realização de programas “verticais” de todo indesejáveis, em clara contradição com a natureza e os princípios do Sistema Único de Saúde.

Por fim, cabe comentar que o termo “relevância pública”, usado para qualificar as ações e serviços de Saúde, não tem qualquer significado jurídico especial que dê o tom inicialmente desejado. O que se pleiteava era a inscrição na Constituição da “natureza pública” das ações e serviços de Saúde. Esse termo, sim, traz uma

inequívoca conotação jurídica que implicaria absoluta precedência do interesse público e dos serviços públicos, na perspectiva, então possível, da estatização a médio e longo prazo.

Esse, no entanto, parece ter sido o limite crítico das negociações.

Lenir Santos

O autor comenta que o termo “relevância pública” – usado para qualificar as ações e serviços de saúde – não tem qualquer significado jurídico especial que dê o tom inicialmente desejado. O que se pleiteava era a inscrição na Constituição da “natureza pública” das ações e serviços de saúde. Esse termo, sim, traz uma inequívoca conotação jurídica que implicaria absoluta precedência do interesse público e dos serviços públicos, na perspectiva, então possível, de estatização a médio e longo prazo.

Hoje, a expressão “relevância pública” é carregada de significado, permeando, contaminando todas as ações e serviços de saúde, sejam públicos ou privados, sujeitando-os ao total controle do Poder Público.

O que vem ocorrendo é uma certa timidez do Poder Público, que não exerce o seu verdadeiro papel assumindo total controle sobre essas ações e serviços, respeitadas as regras do art. 170 da Constituição Federal.

A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 – foi bastante tímida ao tratar das ações e serviços privados de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem a finalidade de regulamentar os planos e seguros privados de saúde, também tem sido criticada pela sua fraqueza diante do poder econômico do setor.

O Financiamento

Segundo a nova estrutura orçamentária aprovada para a União, existirão três orçamentos federais: o orçamento fiscal, o orçamento de investimento das estatais e o orçamento da Seguridade Social. De outro lado, os orçamentos respectivos de estados e municípios.

Assim, de acordo com a vinculação da Saúde à Seguridade Social, o seu financiamento se dará basicamente através desta, acrescida dos recursos de estados e municípios, além de eventuais “outros” da União, que poderão vir tanto do orçamento fiscal, quanto das estatais, para investimentos nas empresas públicas do setor.

Os dispositivos referentes ao financiamento correspondem ao artigo 228/195, que trata do financiamento da Seguridade Social, reiterado pelo parágrafo único do artigo 231/298 e pela Disposição Transitória que destinou 30% do orçamento da Seguridade Social à Saúde. Segundo o artigo 228/295:¹⁵

A Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e outros recursos provenientes do orçamento da União, dos Estados, dos territórios, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma da lei.

§ 1º - As receitas dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios destinadas à Seguridade Social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o Orçamento da União.

§ 2º - As contribuições sociais a que se refere o *caput* deste artigo são as seguintes:

I - contribuição dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

¹⁵Entre a versão aprovada no primeiro turno em plenário da Constituinte e o texto definitivo da Constituição, observam-se mudanças na redação do texto, na ordem dos parágrafos e incisos e outras modificações como a decorrente da extinção dos Territórios como unidades político-administrativas. (N. dos O.)

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 3º - Ficam ressalvadas as atuais contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários destinadas às entidades privadas de serviço social e formação profissional hoje existentes, vinculadas ao sistema sindical.

§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 174.

§ 5º - São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 6º - Nenhum benefício ou serviço da Seguridade Social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 7º - A proposta de orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 8º - As contribuições de que trata este artigo só poderão ser exigidas depois de decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado.

§ 9º - A pessoa jurídica em débito com o sistema de Seguridade Social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefício ou incentivos fiscais e creditícios.

Qual é o significado da aprovação dessa estratégia de financiamento da Seguridade Social? O que isso significa de possibilidade para a área da Saúde, ou seja, para o Sistema Único de Saúde?

Antes de se tentar responder essas perguntas, é necessário fazer algumas considerações.

Em primeiro lugar, há uma dúvida de interpretação a respeito da contribuição sobre o faturamento, introduzida como receita do orçamento da Seguridade Social. Isto é, segundo o “espírito” dos seus autores, essa contribuição corresponderia ao que foi denominado Finsocial.

No entanto, outros dispositivos da Constituição proíbem a vinculação de receitas (no caso a Seguridade Social) e extinguem todos os “fundos”. Há, ainda, jurisprudência no sentido de considerar o Finsocial como tributo, e não uma contribuição social. Assim, qualquer estimativa de impacto da proposta deve considerar duas alternativas: uma que inclua o total do Finsocial, e outra que inclua apenas o que já é destinado hoje ao setor.

Segundo estimativas feita por Beatriz Azeredo (1987), a primeira hipótese representaria um acréscimo de 48,8% em relação ao atual orçamento da área da Saúde (Inamps mais MS), tendo como referência o ano de 1984; a segunda, 40,7%. Considerando-se que entre 1985 e 1988 houve um substancial crescimento do percentual do FPAS destinado à assistência médica (em 1988, em tomo de 34%), certamente a taxa estimada de crescimento da receita da Saúde teria valores menores.

Por outro lado, há de se considerar que, se o Finsocial, ou seu sucedâneo, for todo destinado à Seguridade Social, seus atuais beneficiários como a educação, a reforma agrária, o programa habitacional, entre outros, terão dificuldades de se suprirem em outra fonte, especialmente a União. Mesmo porque o orçamento fiscal da União estará bastante reduzido em função da descentralização aprovada para estados e municípios. Isso significará, provavelmente, que muitas dessas ações possam vir a ser enquadradas no campo de Seguridade Social, compartilhando e disputando seu orçamento com as áreas da Saúde, Previdência e Assistência Social.

Um outro fator pode ainda agravar essas situações. De acordo com os dispositivos aprovados para a área da previdência social, o plano de benefícios foi ampliado em tipos, volume e valores, com um impacto financeiro impossível de ser calculado de imediato, mas que, segundo previsões dos técnicos, não pode ser custeado pela receita aprovada, necessitando de decisões políticas posteriores para limitar o alcance de certos benefícios, como o estabelecimento de tetos de contribuição e benefícios, associado à previdência complementar para quem assim o desejar.¹⁶

Dessa forma, ainda que as Disposições Transitórias prevejam a destinação de 30% da Seguridade Social para a Saúde, isso só é válido até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Poderá voltar a ocorrer o que já aconteceu no passado: os benefícios previdenciários não sendo elásticos, “fecha-se a torneira” dos recursos para a Saúde, com a retração correspondente na prestação de serviços.

É, portanto, necessário pensar em mecanismos previstos em lei que assegurem os pisos de gastos necessários à Saúde, seja por via de percentuais mínimos, seja pela vinculação interna de elementos da receita da Seguridade Social à Saúde; por exemplo, o próprio Finsocial e a contribuição sobre o lucro.

Nesse sentido, convém que se relembre qual era a proposta do *movimento* em relação ao financiamento da Saúde. A tese era de que, em princípio, a Saúde deveria estar separada da Previdência, e para tanto era necessário que tivesse receitas próprias e suficientes.

¹⁶ Segundo análise preliminar do impacto, feito por M. Emilia R. Azevedo, Secretária Geral Adjunta do MPAS, o crescimento apenas imediato dos benefícios previdenciários significará um acréscimo de despesas acima de 28%, sem considerar os de efeito a médio prazo; e, numa estimativa ótima, a receita poderá, no máximo, chegar a 47% de crescimento em relação a tudo que é gasto hoje em Saúde (MPAS mais MS e outros).

Propunha-se como tática a substituição gradual das fontes previdenciárias (depois que se atingisse um patamar aceitável) e que o conjunto dos recursos para a Saúde fosse administrado por meio de “fundos”, nos níveis federal, estadual e municipal. Preconizava-se também a diversificação das fontes de receita, para evitar sua regressividade e labilidade.¹⁷

O surgimento da ideia de Seguridade Social, no entanto, rompeu com esses preceitos, dos quais restou apenas a diversificação das receitas. O quadro comparativo do Anexo 1 mostra a evolução das propostas.

No entanto, mesmo com essa reorientação, caso o texto proposto pelo relator da Comissão da Ordem Social fosse aprovado na íntegra, o ganho em termos de receita seria bastante significativo, equivalendo a 60,2% ou 51,7% conforme as duas hipóteses, na medida em que a folha de salário seria base exclusiva da Seguridade Social e o percentual de 30% para a Saúde incidiria sobre o montante global do orçamento (ou, àquela época, Fundo) da Seguridade Social, inclusive FGTS e PIS/Pasep (Azeredo, 1987).

Apesar dos vários estudos técnicos realizados,¹⁸ inclusive pelo Grupo de Trabalho sobre financiamento no âmbito da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, o que se pode depreender do resultado final, em termos constitucionais, é que, mesmo crescendo o “bolo” da Seguridade Social, a luta para assegurar os recursos necessários e suficientes para a Saúde está quase como no seu ponto de partida. É bem verdade que não há limitações impostas para avançar, mas

¹⁷ Ver Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986).

¹⁸ Ver Doc. III da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – GT Financiamento (Brasil, 1987).

tudo, praticamente, terá de ser conquistado através da legislação complementar.

Cabe ainda uma observação de ordem geral. Na medida em que os benefícios da Previdência Social ficaram condicionados à contribuição (artigo 233, parágrafo 1º/201), perdeu-se em muito o sentido do que se pretendia originalmente por Seguridade Social, isto é, a universalidade dos direitos sociais. Ainda que muito ampliados, os direitos assegurados pela Seguridade Social, especialmente na área de benefícios, ficaram com forte “ranço” do Seguro Social de acordo com a tipologia usada por Oliveira e Teixeira (1985).

Os Insumos

De acordo com a teoria de sistemas, da qual é originário, o termo “insumo” refere-se aos elementos essenciais à execução de um determinado processo de produção, seja de bens ou serviços, e que são, no processo, consumidos.

No caso das ações de Saúde, são seus insumos críticos os medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos. Estes últimos, apesar de não serem muitas vezes considerados insumos por não serem consumidos no processo, podem ser enquadrados na classificação sem esforço, não só porque não obedecem à mesma estrutura de determinação, como também porque, se não são consumidos em cada processo de prestação de serviço, o são no seu conjunto; e hoje, mais do que nunca, são sucessiva e rapidamente superados e sujeitos à substituição.

O que está por trás, no entanto, são os aspectos diretamente relacionados com o campo da Ciência e da Tecnologia. Isto é, o do-

mínio do conhecimento científico e da técnica necessários à execução ótima das ações e serviços, no caso de Saúde. E aí, a questão da Ciência e da Tecnologia se apresenta sob duas perspectivas: o domínio em si da ciência e da técnica, e a pertinência e adequação do seu uso.

A esse respeito, foram aprovados pela Constituinte os seguintes dispositivos:

Art. 232/199, § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 233/200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

(...)

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

E ainda:

Art./220 § 4º do Capítulo V (Da Comunicação Social) - A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, formas de tratamento, medicamentos e agrotóxicos terá restrições legais, havendo necessidade de contrapropagandas sobre seus decorrentes malefícios, o que será regulamentado de acordo com o inciso II, § 2º do art. 257/252.

Art. 251/220, Inciso II/III § 2º/3º - (...) Compete à lei federal:

II - estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a

possibilidade de se defenderem de programas de rádio e televisão que contrariem o art. 252/221 e incisos, bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente.

O dispositivo relativo aos transplantes e ao sangue, que, dadas suas peculiaridades, poderia ser um artigo isolado, encontra-se, no entanto, dentro do artigo que trata da participação do setor privado na Saúde, pelo entendimento havido de que o seu conteúdo principal era a limitação imposta à iniciativa privada através do mesmo. Sendo, pois, fruto da polarização momentânea entre os interesses públicos e os privados, uma melhor interpretação de sua real função poderá lhe dar outra posição por ocasião da redação final do texto constitucional.

O que significa, concretamente, a aprovação desses dispositivos?

No caso do inciso I do artigo 233/200, apesar de ser autoexplicativo e aparentemente óbvio, isso significa uma grande novidade do ponto de vista tanto de outras Constituições estrangeiras, quanto dos instrumentos legais existentes, na medida em que atribui ao Sistema Único de Saúde um certo grau de autoridade sobre o processo de produção e de utilização dos insumos que lhe são essenciais. Tradicionalmente, é atributo da área de Saúde apenas a vigilância sobre os produtos de consumo e uso humanos, objeto da Vigilância Sanitária. Nesta redação estende-se a atribuição para a própria área de produção, incluindo os equipamentos.

O inciso V, apesar de também assegurar o campo do desenvolvimento científico e tecnológico, no que toca à área de Saúde, no âmbito de atribuição do Sistema de Saúde, é apenas indicativo, não significando qualquer subordinação.

Recordando, no entanto, o que os textos anteriores propunham, desde a proposta da Abrasco¹⁹ até a da própria Comissão de Sistematização,²⁰ pode-se verificar que essa foi uma das áreas em que a perda foi mais significativa durante o processo constituinte.

O Grupo de Trabalho sobre Ciência e Tecnologia em Saúde, criado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, em seu compreensivo relatório final, considera que, para fazer frente à grande dependência e insuficiência na área de medicamentos, e numa perspectiva de busca de eficiência do setor Saúde, cabem apenas duas alternativas: a estatização do setor de produção e distribuição de medicamentos ou a orientação do mercado governamental de medicamentos para ampliar a nacionalização no setor.²¹ A proposta que estava em discussão era a segunda, porém, mesmo com esse teor, não teve condições políticas de aprovação.

A emenda proposta sobre o monopólio estatal da importação de medicamentos e matérias-primas²² tampouco teve condições de aprovação. Observando-se como ocorreram as discussões, pode-se afirmar que o clima emocional em que foram sempre discutidas propostas de monopólio distorceu a compreensão real do objetivo da emenda e impediu uma possível aliança com a indústria farmacêutica nacional. É claro que o clima emocional tampouco é um aspecto psicológico e faz parte da estratégia de intimidação dos setores mais conservadores e que têm uma relação mais orgânica com o “grande” capital.

¹⁹ Ver anexo 2, doc. 05.

²⁰ Ver anexo 2, doc. 28.

²¹ Ver Doc. III da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – GT Ciência e Tecnologia (Brasil, 1987).

²² Emenda do Deputado Célio de Castro (na ocasião, sem partido).

No que diz respeito ao Sangue e Hemoderivados, ocorreu quase o inverso. Isto é, a emoção acabou sendo capitalizada pelo lado progressista, em função do grande pânico causado entre todos pela ameaça de doenças transmitidas pela transfusão de sangue, em especial a Aids.

Esse foi dos poucos temas que “cresceram” durante o processo. Embora previsto originalmente nos textos anteriores, figurava nos dispositivos relativos ao controle de insumos. A inclusão do tema dos transplantes por interesses de outra natureza, ao aludir a facilidades e requisitos para doação de órgãos e tecidos, abriu a possibilidade de se explicitar a questão do sangue. Todavia, enquanto se falava apenas da vedação do comércio de órgãos, tecidos e sangue, não houve maiores polêmicas. Quando, entretanto, tentou-se incluir nessa proibição não só o sangue, mas o seu processamento e transfusão, assim como seus derivados, os reais interesses manifestaram-se, e a aprovação, ainda que amplamente majoritária, não foi consensual. As contra-argumentações procuraram ser alarmantes, apontando para o colapso que poderia representar a “estatização” do sangue.²³

Mantido o dispositivo, significará uma grande conquista dos setores progressistas, não só do ponto de vista específico, ao superar um dos pontos de estrangulamento do sistema de Saúde, mas, especialmente, política, simbólica (ainda que desafiadora) do avanço concreto do setor público na área de Saúde.

Quanto ao transplante, o dispositivo aprovado, ainda que dependente de legislação, parece ter sido o mais sensato, se comparado com as pretensões iniciais dos direta e indiretamente in-

²³ Vide os grandes jornais brasileiros do dia 18 de maio de 1988 e subsequentes.

teressados nas áreas, como os nefrologistas e cardiologistas, que desejavam instituir a doação quando não fosse explicitada vontade em contrário. Além dos problemas de ordem cultural que poderia representar, está óbvio o risco potencial dessa norma, apontado pelo Conselho Federal de Medicina, ligado ao critério de morte cerebral, disponibilidade de autoridade legal e tecnicamente competente para atestar etc.²⁴

Lenir Santos

A Constituição, em seu art. 199, § 4º, prevê que “a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa, tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”.

O sangue permaneceu como bem fora do comércio, sendo atividade inteiramente pública, sujeita ao controle do Estado. Em 2001, foi editada a Lei nº 10.205, de 21 de março, tendo em 30 de outubro do mesmo ano sido publicado o seu decreto regulamentador (Decreto nº 3.990).

A Lei disciplinou que os insumos, mão de obra, materiais etc. utilizados na coleta, transfusão e demais atos hemoterápicos poderão ter seus custos cobrados pelas entidades, sem que isso possa ser considerado comércio com o sangue, estabelecendo que o fracionamento industrial do sangue poderá ser realizado tanto pelo Poder Público como pela iniciativa privada. Em se tratando de bem fora

²⁴ Posição da diretoria do Conselho Federal de Medicina no período.

do comércio, cabe ao Poder Público a prestação desses serviços, de forma direta ou indireta. A atividade prestada de forma indireta pelo setor privado pressupõe delegação de competência e fixação da política de preços. A Lei silenciou sobre essa forma de transpasse para o setor privado da atividade industrial hemoterápica. O instrumento jurídico adequado será a permissão ou a concessão, sob o controle e a fiscalização do Poder Público.

Quanto ao transplante, após a promulgação da Constituição, tivemos uma lei em 1991, um decreto regulamentador dois ou três anos depois e outra lei em 1997, a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro, que regulamentou a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, revogando a anterior.

A primeira lei previa a doação de órgãos e partes do corpo humano para transplante mediante expressa manifestação em vida do doador ou, no silêncio, a autorização de, sua família. A nova lei alterou essa condição. Estabeleceu que todos aqueles que em vida não manifestassem sua vontade negativa de doar seriam tratados como doadores. Essa imposição legal não foi bem aceita pela sociedade, gerando um efeito contrário ao esperado pelo legislador. As pessoas passaram, então, a consignar em seus documentos oficiais de identidade a sua condição de não doador post mortem.

Em razão desse efeito e dos reclamos da sociedade, a lei foi alterada por Medida Provisória, que passou a exigir autorização de familiares para a retirada de partes do corpo do cadáver, perdendo a validade a manifestação de vontade inscrita nas carteiras de identidade e de habilitação.

É importante ressaltar que essa área teve uma organização importante com a criação das centrais de notificação compulsória da morte encefálica e da lista única de receptores.

A propaganda de medicamentos e outros produtos nocivos à Saúde foi remetida à legislação, mas supõe a imposição de restrições e a necessidade da contrapropaganda. Essa é uma reivindicação antiga dos militantes da área de Saúde e, em particular, dos que estudaram a questão dos medicamentos.²⁵ Fica aberta a polêmica sobre a contrapropaganda, fruto do liberalismo, mas contraditória com os conceitos e práticas de Saúde.

A inclusão nas restrições de propaganda das bebidas alcoólicas, tabaco e agrotóxicos é, sem dúvida, um avanço e uma vitória, considerando a grande resistência exercida tanto pelo governo, ameaçado pelo eventual decréscimo na arrecadação de impostos sobre esses produtos, como pela mídia, grandemente sustentada pela propaganda desse tipo de produtos. Parece que o autor da emenda conseguiu contornar o segundo *lobby*, assegurando-lhe talvez até mais espaço para publicidade (por meio da contrapropaganda).

Lenir Santos

No tocante à propaganda de bebidas alcoólicas, tabaco e agrotóxicos, prevista na Constituição, art. 220, § 4º, temos leis infraconstitucionais como as de nº 9.294, de 15/7/96, e 10.167, de 27/12/2000, que disciplinam a matéria, tendo sido editados decretos e portarias ministeriais sobre o tema.

²⁵ Em especial, Hésio Cordeiro e José Gomes Temporão, em seus livros, *A Indústria da Saúde no Brasil* (1980) e *A Propaganda de Medicamentos e o Mito da Saúde* (1986), respectivamente.

Os Recursos Humanos

O assunto relacionado com os recursos humanos não é específico da Saúde, apesar de o setor e, em especial, o Sistema Único de Saúde de aprovado envolverem algumas peculiaridades.

A rigor, o problema principal diz respeito à valorização do trabalho e talvez seja uma das questões centrais do próprio processo constituinte ao institucionalizar os padrões e limites do relacionamento capital/trabalho pactuados para o momento político-social do país que a Constituição pretende representar.

A análise do problema dos recursos humanos, ou mais apropriadamente da força de trabalho em Saúde,²⁶ passa, pois, pela discussão dos avanços e conquistas obtidos no correspondente aos direitos dos trabalhadores e, em particular, quando trata dos servidores civis.

Não cabendo aqui uma análise mais profunda do tema, uma vez que constituirá uma outra vertente do estudo sobre a Constituinte e a Constituição, realizada por outros autores,²⁷ vai-se assumir que os avanços conseguidos foram bastante significativos, especialmente o reconhecimento dos direitos dos funcionários públicos à sindicalização e à greve.

No que diz respeito à área da Saúde propriamente dita, dois dispositivos específicos foram aprovados. O primeiro, no corpo da Seção Saúde, atribui ao Sistema Único de Saúde a função de: “Art. 233/200, inciso II/III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

²⁶ De acordo com conceito desenvolvido em vários trabalhos, em especial por Roberto Nogueira.

²⁷ Vide linha de publicação e os estudos do Ceac/UnB, do Diap e do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc), em Brasília.

O outro é a Disposição Transitória que reza:

É assegurado como direito adquirido o exercício de dois cargos ou empregos de médicos que vinham sendo exercidos por médicos civil ou militar na administração pública direta ou indiretamente (D.T, art. 17 § 1º).

No relativo ao artigo 233/200, embora o sentido do termo “ordenar” possa ser susceptível de várias interpretações, não há dúvida que confere ao Sistema Único de Saúde uma certa autoridade sobre a formação dos recursos humanos que lhe dizem respeito. No entanto, se comparado com o texto proposto pela Emenda Popular e mesmo com o da Comissão de Sistematização, vai-se encontrar uma substancial diferença nesse papel.

O texto da Comissão de Sistematização explicitava que cabia ao Sistema Único “disciplinar a formação e a utilização de recursos humanos”. Ora, não só o termo “disciplinar” é menos enfático quanto à subordinação desejada, como perdeu-se a autonomia sobre a “utilização”, que significaria uma especificidade da política real de recursos humanos correspondente ao Setor Saúde. Entretanto, tampouco o texto é restritivo e assim poderá facilitar, por ocasião da legislação complementar, a construção de um adequado plano de cargos e salários para os profissionais da Saúde empregados no setor público.

A confirmação da exceção constitucional que permite a acumulação de cargos ou empregos de médicos, mesmo que apenas para os que têm dois cargos ou empregos no momento da aprovação da Constituição, constitui séria ameaça a uma melhor eficácia do setor público de Saúde, comprometida grandemente pelo instituto do duplo vínculo, origem de tantas mazelas já denunciadas em

muitos trabalhos, inclusive no relatório do Grupo de Trabalho sobre Recursos Humanos, criado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária.²⁸

Esse dispositivo, que em algumas versões dos vários projetos constitucionais havia sido excluído, contou para sua aprovação com a heterogeneidade e a fragmentação do movimento médico. Por um lado, os que defenderam claramente esse privilégio, injustificável tanto por referência aos demais profissionais e trabalhadores em geral quanto em relação às características do Sistema Único de Saúde; por outro, os setores sindicais mais progressistas, que, no temor de que isso pudesse significar uma diminuição dos ganhos salariais, não tiveram condições corporativas de assumir sua defesa de forma clara e na prática, ainda que se declarando, em tese, favorável ao vínculo único.

Lenir Santos

A Constituição, em seu art. 200, III, dispõe que se insere no campo do Sistema Único de Saúde a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Por sua vez, a Lei nº 8.080/90 em seu título IV reza que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programa de permanente aperfeiçoamento

²⁸ Ver Doc. III da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, GT – Recursos Humanos (1987), e o Relatório Final da Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (1986).

de pessoal; IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Existem sérias questões relacionadas com esse tema, que até o presente momento não foram resolvidas, causando transtornos para os servidores e os serviços de saúde. Uma delas trata do afastamento de pessoal de uma esfera de governo para outra. Esses servidores acabam exercendo atividades idênticas a de outros, mas com salários diferenciados em razão das tabelas de remuneração das diversas esferas de governo. Além do mais, a aposentadoria desses servidores implica, muitas vezes, em aumento de despesa para a esfera de governo que os perde. Os próprios servidores que, em razão de diferenças salariais, percebem do ente que o recebe uma gratificação, a perdem no momento da aposentadoria.

Por sua vez, o Decreto Federal nº 3.860, de 9/7/2001, confere, em seu art. 27, competência para o Conselho Nacional de Saúde apreciar pedido de autorização de abertura de curso superior na área da saúde.

Não poderíamos deixar de chamar a atenção para os programas de agentes comunitários de saúde (Pacs) e de saúde da família (PSF) que exigem contratação de pessoal pelos estados e principalmente pelos municípios, pagos com recursos específicos transferidos pela União.

O fato de esses programas não serem considerados permanentes gera, para os estados e municípios, o temor de seu término com consequências na contratação, por concurso público, desse pessoal. Assim, existe uma precariedade e uma distorção na contratação desses profissionais. Como os recursos não são transferidos pelos critérios da Lei nº 8.142/90, mas sim por programas impostos pela Direção Nacional do Ministério da Saúde, a distorção

na forma de repasse dos recursos implica outra distorção referente ao planejamento e aos planos de saúde municipais e estaduais e sua execução.

Lembramos, também, que a Emenda Constitucional 34 deu nova redação à alínea c, do inciso XVI, do art. 37 da Constituição Federal, permitindo a acumulação de dois cargos privativos de profissionais da saúde e não mais de médicos, como rezava o texto anterior.

A Saúde Ocupacional

A inclusão da Saúde Ocupacional como atribuição do Sistema Único de Saúde acabou por se constituir numa das questões mais polêmicas do campo da Saúde, conforme já referido no capítulo anterior.

A aprovação do preceito por meio da substituição do termo “Saúde Ocupacional” por “Saúde dos Trabalhadores” significou uma importante vitória da tese, esposada tanto pelo *movimento sanitário* em seu conjunto, quanto pelo movimento sindical em geral e pelas áreas técnicas progressistas ligadas aos estudos, pesquisas e assessorias em Saúde do Trabalhador.²⁹

A troca do termo foi obtida no processo de negociação em que os constituintes que negociavam em nome dos interesses mais conservadores (“Centrão”) privilegiaram a questão do setor privado. Ou seja, tendo-se concordado com a explicitação do direito de participação do setor privado nas ações e nos serviços de Saúde, a questão da Saúde Ocupacional foi, provavelmente, considerada um aspecto menor e, quando se propôs a substituição do termo por in-

²⁹ Ver Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1986).

termédio dos negociadores da esquerda, a sua aceitação foi quase imediata. Provavelmente, considerou-se também que o novo termo era mais genérico e permitia discussões e interpretações posteriores.

No entanto, os setores técnicos progressistas e a área sindical já há tempo vêm tentando cunhar a expressão “Saúde dos Trabalhadores” como sendo mais completa, mais compreensiva. E, por ocasião da elaboração do relatório da Subcomissão, no debate sobre o termo mais adequado, esse foi o termo defendido por técnicos e por lideranças sindicais e de partidos de esquerda. Assim, a avaliação do *movimento* é que, com o expediente, houve ganho, e não perda.

Os setores contrários à tese têm insistido, no entanto, que o inciso II do artigo 233/200 trata apenas da vigilância sanitária e epidemiológica da saúde dos trabalhadores. Ainda que o argumento possa ser entendido apenas como o uso do “direito de esperar”, o próprio termo vigilância é passível da mais ampla extensão do seu sentido.

Não se pode deixar, contudo, de analisar a evolução da temática no decorrer das várias propostas e concluir que, se não houve perda da direcionalidade, houve certamente eliminação de qualquer explicitação do conteúdo das ações de saúde dos trabalhadores, assim como dos instrumentos de controle dos trabalhadores sobre suas condições de trabalho, conforme constavam dos textos da Subcomissão de Saúde e da Comissão da Ordem Social, além da própria Emenda Popular.³⁰ Por outro lado, merece também menção o formidável *lobby* exercido contra a proposta unindo interesses

³⁰ Ver anexo 2, doc. 16.

corporativos, tanto de profissionais como institucionais, aos mais orgânicos do próprio capital.³¹

Não que isso possa parecer um paradoxo; em realidade, o seu denominador comum é o não compromisso com o que deveria ser o objetivo-fim da ação: a saúde dos próprios trabalhadores. Registre-se a falta de consistência de alguns parlamentares tidos como progressistas que se alinharam com esse *lobby* por seu fisiologismo corporativo à categoria dos engenheiros, ou mesmo por confusão e atraso, num apego às velhas teses trabalhistas que viam na área do trabalho (Ministério do Trabalho) um espaço privilegiado dos interesses dos trabalhadores.

De qualquer forma, o que chama atenção é a enorme ameaça que representou para todos esses setores a possibilidade de subordinação do processo de trabalho e de suas condições aos critérios da Saúde, e não apenas aos da eficiência imediata do processo produtivo e sabidamente espoliativa em relação aos trabalhadores.

Não cabe mais aqui uma argumentação e contra-argumentação em relação ao tema. Cabe o alerta sobre a importância do tema, que deve merecer uma absoluta prioridade de tratamento por ocasião da definição concreta do perfil de organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde. Talvez resida aí o grande elo entre o movimento setorial da Saúde e o movimento sindical, na busca das bases de sustentação social e política da Reforma Sanitária desejada – efetiva, democrática e comprometida com a classe trabalhadora.

Não é possível ainda deixar de referir o disposto no inciso XXIII/XXIV do artigo 20/21, que trata das competências da União e que

³¹ Ver o capítulo 3.

atribui a esse nível de governo a responsabilidade de “organizar, manter e executar a inspeção do trabalho, na forma que dispuser a lei”. Essa prerrogativa poderá ser contraditória com a diretriz de descentralização do Sistema Único de Saúde, necessitando, no mínimo, ser contido nos limites que não interfiram no poder que cada serviço de Saúde local deve ter sobre o controle das condições de trabalho.

Lenir Santos

A questão da proteção jurídica da saúde do trabalhador, mencionada no texto, e que não obteve apoio para ser incluída no capítulo da Saúde, em razão da exorbitância setorial, uma vez que proteção jurídica da saúde do trabalhador, além de envolver toda a questão dos direitos relativos ao trabalho, com legislação vasta e específica que conseqüentemente extrapola a Saúde (direito do trabalho etc.), acabou sendo tratada na Constituição, no art. 200, II e VIII, de modo mais suave, como “colaboração do SUS na área”.

Entretanto, a saúde do trabalhador mereceu grande destaque na Lei nº 8.080, de 19/9/90 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), art. 6º, mas, mesmo assim, tem gerado muitos conflitos no âmbito do Poder Judiciário em razão do disposto no art. 20, XXIV da Constituição Federal.

O autor já previa que esse assunto seria polêmico pelo fato de a Constituição determinar ser competência exclusiva da União “organizar, manter e executar a inspeção do trabalho”, apontando a contradição que poderia surgir entre competência comum da União, estados e municípios para cuidar da saúde e a competência exclusiva da União para cuidar da inspeção do trabalho. Esse tema foi objeto de estudo mais aprofundado, em Santos, Lenir. “Saúde do Trabalhador e o Siste-

ma Único de Saúde". Revista de Direito do Trabalho, v. 99, ano 2000. A fim de elucidar o leitor, seria importante ressaltar os seguintes pontos sobre esse tema que foram as conclusões deste artigo:

Por todo o exposto, enumeramos abaixo as referências legislativas e conceituais que devem ser utilizadas para se concluir este trabalho:

- 1. Um dos fundamentos da República repousa no direito à dignidade da pessoa humana;*
- 2. Assegura-se ao indivíduo o direito à saúde e ao trabalhador; em especial, o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;*
- 3. A União tem competência privativa para organizar, manter e executar a inspeção do trabalho e legislar sobre direito do trabalho;*
- 4. Quem edita normas sobre saúde são a União e os Estados no âmbito de sua competência concorrente para legislar sobre saúde. A União legisla sobre normas gerais e os Estados as suplementam.*
- 5. A União, os Estados e municípios têm competência executiva para cuidar da saúde.*
- 6. Os municípios têm competência para cuidar da saúde, legislar sobre assuntos de interesse local e suplementar a legislação federal e estadual, no que couber;*
- 7. A saúde pública é executada de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo;*
- 8. Inserem-se nas atribuições do Sistema Único de Saúde a execução da vigilância sanitária e epidemiológica, bem como a saúde do trabalhador e a colaboração na proteção ao meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;*

9. *A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 – define a vigilância sanitária e epidemiológica e a saúde do trabalhador e fixa atribuições para a União, os Estados e os municípios a respeito da saúde do trabalhador (art. 15, VI; art. 16, II, c, V; art. 17, VII; art. 18, IV e);*
10. *A CLT determina que todos os locais de trabalho devem observar o disposto naquela lei, sem prejuízo do cumprimento de normas inseridas em regulamentos sanitários dos Estados e municípios, e propõe a celebração de convênio entre a União e os Estados e municípios para a fiscalização do cumprimento das normas referentes à higiene e segurança do trabalho;*
11. *O conceito de regulamentos sanitários evoluiu com o decorrer do tempo, não comportando mais a mesma noção de 50 anos atrás. Vigilância sanitária é um conceito complexo e abrange todas as questões que possam eliminar, diminuir, prevenir riscos à saúde, principalmente os decorrentes do meio ambiente, dos processos de trabalho etc.*
12. *A saúde do trabalhador está abrangida pela vigilância sanitária pelo fato de esse sistema compreender um conjunto de medidas capazes de eliminar, prevenir, fiscalizar, induzir e intervir nos problemas sanitários que possam prejudicar a saúde do indivíduo e da coletividade e, de modo especial, a do trabalhador.*
13. *Constituições estaduais, leis estaduais, códigos de vigilância sanitária dos Estados e leis específicas dos municípios tratam da saúde do trabalhador como atribuição do Sistema Único de Saúde.*
14. *Ministério da Saúde vem regulando o tema saúde do trabalhador, tendo editado as Portarias nº 1.565, de 26/8/94, e nº 3.908, de 30/10/98, e a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, Portaria nº 3.120, de 1/7/98.*

15. *O trabalhador acidentado do trabalho tem o direito de ser atendido nos serviços de saúde que integram o SUS, conforme o disposto no art. 6º, § 3º, I, da Lei 8.080/90.*
16. *A inspeção do trabalho sempre necessitou do concurso da saúde na execução de suas atividades.*

Diante desse conjunto de elementos jurídicos, conceituais e normativos, concluímos que no âmbito federal serão editadas normas gerais sobre saúde do trabalhador, nos termos do art. 7º, XXII e 24, XII, da Constituição Federal e art. 15, VI, da Lei 8.080/90, que deverão ser respeitadas nacionalmente. Essas normas gerais sobre proteção e defesa da saúde do trabalhador poderão ser suplementadas pelos Estados (art. 24, § 2º) e pelos municípios, quando o interesse local assim o exigir (art. 30, II e VII).

As normas federais devem ser editadas de forma intersetorial, interagindo as áreas da saúde, do trabalho e, muitas vezes, da previdência social.

A competência privativa da União para legislar sobre direito do trabalho não se sobrepõe nem entra em conflito com a competência dos Estados e dos municípios ao editar, de forma suplementar, normas de proteção e defesa da saúde, em especial do trabalhador, por se situarem em campos distintos, autônomos, ainda que conexos pelo bem jurídico que se pretende proteger.

A fiscalização do cumprimento dessas normas em todos os ambientes de trabalho – públicos ou privados, formais ou informais – deverá ser realizada pelos agentes da vigilância sanitária dos Estados e municípios, conforme estiver definido em cada Estado, uma vez que, por força do art. 18, IV, “e” e art. 17, III, IV, “d”, VII da Lei 8.080/90, a competência se reparte entre as duas esferas de governo, cabendo

ao Estado coordenar e, em caráter complementar, executar ações de vigilância sanitária, de controle e avaliação dos ambientes de trabalho e de saúde do trabalhador.

O termo inspeção do trabalho, renovado, rejuvenescido pela nova ordem social e jurídica, deve ser entendido como todo e qualquer tipo de fiscalização a respeito das relações individuais e coletivas de trabalho, devendo excluir-se do poder de polícia administrativa dos agentes federais inspetores do trabalho as ações referentes às questões que envolvam o cumprimento de normas de saúde e higiene, uma vez que se encontram inseridas no campo de atuação do poder de polícia sanitário dos Estados e Municípios.

Entretanto, as autoridades trabalhistas e sanitárias têm o dever de cientificar umas às outras a respeito dos agravos que possam encontrar em determinados ambientes, requerendo o seu concurso, no âmbito da competência de cada um, sempre que necessário à realização de sua função, com a participação do Ministério Público, que tem um papel relevante.

Devem ainda manter-se protocolos ou convênios para o exercício conjugado de funções, diante do bem jurídico protegido: a saúde do indivíduo no seu ambiente de trabalho.

A assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho se realiza no âmbito do SUS, conforme determinação constitucional e legal, devendo a saúde e a previdência social manter protocolos, convênios e comissões intersetoriais diante da interligação das áreas, para discussão e ações comuns.

Outros Conteúdos

Ao longo de todo o seu processo, a Constituinte tratou, no campo da Saúde, de alguns outros aspectos que merecem referência, seja por terem sido contemplados, seja por terem sido excluídos do texto final.

Além das atribuições do Sistema Único de Saúde já discutidas, mais algumas foram explicitadas (sem prejuízo de outras a serem estabelecidas em lei), tais como:

Art. 233/200

II - executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica (...);

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, inclusive controlar seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho.

Quanto às vigilâncias sanitária e epidemiológica, sua pertinência nunca suscitou dúvida nem polêmica. O crescimento da consciência sobre a importância da vigilância sanitária, associado a questões dos direitos do consumidor, impõe que essa seja uma área a ser detalhada e também ligada à dos direitos individuais e dos trabalhadores.

O saneamento básico também parece assunto adequadamente tratado; diante da dificuldade prática de vincular mais definitiva e globalmente a área do saneamento em geral com a Saúde, a garan-

tia de participar da formulação e execução da política correspondente parece uma importante conquista. Esta dará, constitucionalmente, voz e assento ao setor de prestação de serviços de Saúde quando das tomadas de decisão sobre a matéria.

Lenir Santos

O saneamento básico que se insere no âmbito do SUS, nos termos do art. 200 da Constituição Federal, encontra uma restrição em seu financiamento, conforme determina o art. 32, § 3º, da Lei nº 8.080/90. O seu financiamento será feito com recursos tarifários específicos e de outros orçamentos da União, dos estados e municípios, vedando-se, assim, o seu financiamento com recursos dos fundos de saúde.

No que diz respeito à área de alimentação e nutrição, o conteúdo aprovado, ainda que pertinente e não limitante, acabou por refletir muito menos as aspirações da área, representadas nos textos anteriores. No texto da Comissão de Sistematização, era proposto “controlar e fiscalizar a produção e a qualidade nutricional dos alimentos”. Observa-se que foi retirado do Sistema Único de Saúde a possibilidade de que pudesse “controlar” a produção, uma clara reivindicação dos setores técnicos e políticos ligados à área e respaldados pelas conclusões da Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde.³² Outros textos anteriores, como a Emenda Popular, eram ainda mais enfáticos. Na verdade, no conjunto da Constituição, a temática da alimentação

³² Ver Relatório Final da Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1986).

acabou sendo uma das que mais tiveram tratamento insuficiente; desde o capítulo sobre política agrícola e reforma agrária até os possíveis e preconizados dispositivos de “segurança” que permitissem maiores garantias para a população em geral e para os de baixa renda em particular.³³

Lenir Santos

A vigilância nutricional que se insere no âmbito do SUS precisa de adequada definição, sob pena de ações próprias da assistência social, que proveem mínimos existenciais às pessoas carentes, serem realizadas com recursos da saúde, sob o pretexto de que a alimentação interfere na saúde.

São fatores determinantes e condicionantes da saúde, a alimentação, a renda, o trabalho, a educação etc. Se todas as políticas sociais que têm interferência na qualidade de vida e conseqüentemente na saúde da população forem financiadas com os recursos da saúde, não haverá recursos suficientes para a execução das ações e serviços de saúde definidas no art. 6º da Lei nº 8.080/90. Bolsa-alimentação, bolsa-escola e outros programas vinculados a cestas básicas, a merenda escolar, não podem ser financiados com recursos da saúde por serem ações que se inserem no âmbito da assistência social.

No concernente ao inciso VII que trata das responsabilidades do Sistema Único de Saúde sobre substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas, embora essa pudesse ser uma interpretação natural do

³³ Ver proposta no Relatório Final da Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1986).

campo de atuação da vigilância sanitária, é importante a sua clara definição, tendo em vista o costumeiro “jogo de empurra” como o ocorrido por ocasião do acidente de Goiânia,³⁴ e no tocante aos tóxicos, que habitualmente acabam virando sempre “caso de polícia”.

Lenir Santos

O art. 6º da Lei nº 8.080/90 inseriu no campo da saúde a participação dos órgãos competentes no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.

A Lei nº 7.802, de 11/7/89, alterada pela Lei nº 9.974, de 6/6/2000, que trata do tema, confere poderes ao Ministério da Saúde para participar desse controle, podendo citar, ainda, a Portaria SVS nº 168, de 5/5/97, e a Resolução ANVS nº 17, de 23/1/2003, que dispõem sobre o controle de produtos agrotóxicos.

O inciso VIII, ainda que aparentemente redundante, assegura a participação do Sistema Único de Saúde no controle da qualidade ambiental e reforça a área de atuação sobre a Saúde dos trabalhadores.

Por outro lado, uma outra questão, sempre polêmica, foi a referente ao planejamento familiar, que polarizava as discussões en-

³⁴ Em 13 de setembro de 1987 um catador de papel encontrou nas antigas dependências do Instituto de Radioterapia de Goiânia uma peça de chumbo contendo Césio 137, material radioativo. No acidente de Goiânia quatro pessoas morreram, 55 foram vítimas de altas doses, 51 de doses médias e 600 de doses consideradas baixas mas expostas aos riscos da radiação. A limpeza do ferro-velho e da região contaminada resultou em 6.000 toneladas de lixo radioativo (Rodrigues e Borges, acesso em 2003). (N. dos O.)

tre os chamados “controlistas”, defensores de uma efetiva política demográfica de controle do crescimento populacional, e os “éticos”, contrários a qualquer tipo de interferência “não natural” sobre o processo reprodutivo. Outro tema correlato, o do aborto, também esteve sujeito à mesma polarização, embora a motivação dos defensores esteja mais vinculada aos direitos das mulheres do que a argumentos demográficos.

Neste caso, prevaleceu a posição mais sensata e consequente. No texto aprovado, o Capítulo VII, “Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso”, diz no seu artigo 263/226, parágrafo 6º/7º:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito e vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privadas.

Aparentemente, a única reivindicação do movimento feminista e dos próprios setores progressistas estudiosos do assunto não incluída foi a proibição da participação de entidades privadas e das estrangeiras nas ações de planejamento familiar. Essa abertura tem sido denunciada como fonte de inúmeras distorções das correspondentes práticas de Saúde.³⁵

O aborto também não foi incluído nem restritivamente e nem de forma facilitadora, de acordo com as posições majoritárias no momento que propugnam uma maior e mais aberta discussão sobre a matéria, antes de qualquer nova normatização legal. Embora tenha havido pressões e emendas para ampliar as possibilidades do

³⁵ Ver Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (1986).

abortamento, estas não tiveram acolhida.³⁶ Mas tampouco a redação de uma das versões do relatório da Comissão da Ordem Social que o vetava radicalmente teve condições de aprovação.³⁷

Por último vale referir um tema que em vários momentos esteve presente nas discussões e nos textos intermediários, qual seja, o das práticas alternativas de Saúde. Essa matéria, como já foi relatado, chegou a merecer inclusive uma Emenda Popular e esteve na pauta das últimas negociações, tendo sido excluída do texto final, provavelmente por falta de *lobby*. Na realidade, esta questão só mereceu alguma discussão maior por ocasião das etapas preliminares (subcomissão e comissão) quando se ensaiou uma tentativa de legitimação das práticas alternativas sob a perspectiva do “curandeirismo religioso”. Essa hipótese mobilizou os constituintes de forma negativa, sendo afastada das cogitações; o receio de sua inclusão no âmbito das práticas alternativas talvez tenha levado à desmobilização dos constituintes a seu respeito, ainda que, bem debatida, pudesse representar uma boa perspectiva para as práticas de Saúde não convencionais e carentes de estudos científicos mais aprofundados. De qualquer forma, não há dispositivo limitante para que o assunto seja retomado pela legislação ordinária.

Considerações Finais³⁸

De acordo com os propósitos enunciados no início deste trabalho, o mesmo pretendia dar conta de dois objetivos: em primeiro lugar,

³⁶ Emenda apresentada pela deputada Lídice da Mata (PC do B).

³⁷ Ver anexo 2, doc. 11, art. 19, § 1º.

³⁸ Na primeira versão do trabalho (1988), este constituiu o capítulo final. (N. dos O.)

documentar e analisar o processo constituinte na área da Saúde, ou seja, como a questão da Saúde foi tratada pela Assembleia Nacional Constituinte; e, em segundo, tentar apreender as peculiaridades que têm feito do movimento social na área da Saúde um processo consistente, coeso e consequente, com conquistas crescentes e contínuas na direção da democratização das práticas setoriais, e em relação ao qual a nova Constituição representa mais uma e talvez possa vir a ser a mais significativa e concreta de todas as suas etapas.

Ainda que a redação esteja sendo concluída antes de realizada a última etapa de votação em plenário a ser cumprida pela Constituinte e assim passível de conter análises parciais e necessitar de uma eventual complementação, considera-se que o primeiro objetivo proposto foi alcançado. Contudo não se quer ter a veleidade de afirmar que o assunto foi tratado na extensão, na profundidade e na abordagem mais completa que comportaria.

Isso porque, a despeito das divergências ou pontos de vista distintos sobre um ou outro aspecto de conteúdo, o trabalho padece de dois “pecados” que só o “purgatório” poderia resolver. Isto é, só mais tempo de amadurecimento poderia evitar a superficialidade com que certos temas podem ter sido tratados, assim como a proximidade extrema, física e temporal dos fatos. Por outro lado, se a falta de distanciamento dos fatos pode ser um “pecado”, seguramente este pode ser classificado de “venial”, compensado e justificado por suas consequências positivas.

O material recolhido durante o processo constituinte – documentos oficiais e não oficiais, da área da Saúde e de outras áreas, junto com registros em vídeo – poderá continuar a ser fonte para o aprofundamento de cada tema, sob várias possibilidades de cortes de análise. E assim, o distanciamento temporal dos fatos poderá

confirmar ou contraditar várias hipóteses (e só hipóteses) aqui registradas. A vantagem que pode ser atribuída à divulgação (sempre arriscada) de análises tão “frescas” está na sua atualidade; e, também, na possibilidade de problematizar e polemizar certas questões de forma imediata, envolvendo os próprios atores do processo ainda nele imersos e, portanto, com suas próprias versões e opiniões sobre os fatos, podendo até se chegar à recomposição ou recuperação de situações entendidas de forma incompleta ou enviesada.

Este trabalho talvez tenha exorbitado um pouco seu mister quando colocou algumas tintas sobre o quadro do passado recente do *movimento*, no Capítulo 2. Mas, ainda que para alguns certos relatos possam ser taxados de casuístas e personalizados, considerou-se que esses fatos não poderiam deixar de ser registrados (e essa era uma oportunidade) sob o risco de se tornarem apenas folclore; e, por outro lado, julga-se que muitos desses fatos são elementos justificadores importantes das teses que aqui foram levantadas sobre a relevância do *movimento sanitário* como um dos motores das conquistas democráticas no campo da Saúde.

O segundo objetivo que se pretendia alcançar, isto é, conseguir os elementos para respaldar ou rejeitar a tese de que o movimento social da área da Saúde é diferente dos demais de outros campos da vida social e política e que se diferencia destes por uma certa autonomia, enfrentou uma interrogação central, qual seja: as conquistas que se tem conseguido no plano das instituições setoriais não correspondem aos escassos espaços abertos, aos avanços reais da sociedade em termos de democracia e de reversão da iniquidade econômica, como ficou?

Iniciou-se este trabalho com muito mais entusiasmo sobre essa tese do que se tem hoje ao seu final. Mesmo sem ilusões

sobre a Nova República e sobre a Constituinte, apostava-se nas contradições do processo e na consistência e poder do *movimento pela democratização da Saúde*; e, sem negá-lo, o que acabou por demonstrar consistência foi a relação orgânica da Nova República com as forças mais conservadoras do país, num verdadeiro esforço de resistir, ainda por mais um tempo, ao avanço (que se acredita) inevitável da democracia.

E, nesse sentido, a escolha do processo constituinte como “traçador” talvez tenha acabado por não ser das mais adequadas. Isso porque, em vez de representar o desaguar do processo, ainda que limitado e parcial, experimentado no período anterior à mesma, a Constituinte acabou por ocorrer num momento (e prestando-se para tal) de rearticulação de forças políticas favoráveis aos interesses conservadores, com casuísmos e imediatismos inusitados e que se refletiram na própria Constituição resultante.

No entanto, ainda assim, avalia-se que o “recorte constituinte” representou um certo freio no retrocesso pretendido, que poderia ter sido mais acentuado se o Congresso Nacional estivesse investido tão somente das suas funções regulares. De uma certa forma, os trabalhos da Constituinte canalizaram sobre ela as atenções da sociedade que a vigiava e a mantinha na ordem do dia. Talvez, pela primeira vez em mais de quarenta anos, tenha havido uma tal valorização da função legislativa por parte da população, geradora de consciência que terá efeitos nas próximas etapas do processo, mais especialmente por ocasião das próximas eleições.³⁹ Provavelmente foi um dos principais méritos indiretos da Constituinte. Desenhou-se

³⁹ Referência às eleições de presidente da República, senadores, deputados federais e estaduais realizadas em 1989. (N. dos O.)

para todos um verdadeiro mapeamento dos interesses em jogo e das suas representações orgânicas, parlamentares, governamentais e mesmo na sociedade civil.

Quanto à tese central, se a área da Saúde, ou o movimento social na área da Saúde, obedece a um conjunto de determinações e condicionantes próprios que lhe confere uma maior possibilidade de avanço (por referência aos interesses majoritários da população), não resta dúvida quanto a sua pertinência. No entanto, essa é uma convicção mais conceitual e apontando para o futuro do que revelada pelos fatos observados em si. Isso porque essa potencialidade ainda não ganhou uma consciência coletiva passível de ser critério do processo social como um todo. Os seus avanços, e para tal julga-se haver elementos de evidência, tem-se dado sobre duas linhas explicativas praticamente contraditórias entre si: por um lado, a consistência, consequência e relação orgânica e com os interesses populares do *movimento sanitário* e, por outro, a não valorização ou a marginalidade com que, face aos outros temas, a Saúde é tratada pelo processo político geral. Pode-se afirmar ainda que a sua possibilidade atual passa também pela tibieza das forças sociais ligadas ao empresariado da área da Saúde, atrasado em termos de organização produtiva, pouco articulado com os interesses maiores e principais do capital. Acresce-se a isso o fato já referido por muitos outros trabalhos sobre a necessidade de o regime legitimar-se por intermédio das áreas burocráticas progressistas, conforme refere Escorel (1987: 336).

Quanto ao *movimento sanitário*, seu papel e circunstância de atuação, parece não haver dúvida sobre a relevância da sua ação propulsora nos avanços conceituais e políticos na direção da democratização da Saúde. A “Reviravolta na Saúde”, tão bem discutida e documentada no trabalho de mesmo nome de Sarah Escorel

(1987), encontra nos argumentos e fatos levantados no presente trabalho uma corroboração e extensão para o período pós-79 e, em particular, na atuação sobre o processo constituinte.

Lenir Santos

Nesse ponto, sem querer entrar em maiores considerações, cabe ressaltar a importância que o movimento da reforma sanitária teve e ainda tem na implementação da saúde pública no país.

A atuação dessas pessoas no dia a dia da saúde, na luta pela ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei, nos embates e debates com autoridades sanitárias do Ministério da Saúde, entidades como Conass, o Conasems têm sido da maior relevância para que a saúde não perca o seu rumo, não adote práticas cartoriais, burocráticas, “inamplificadoras” do Sistema Único de Saúde.

São essas pessoas, como foi o próprio Eleutério, que conseguiram fazer do direito à saúde uma prática, ainda que esse movimento esteja muito esvaziado, conforme comentário do próprio autor mais adiante.

Essa última etapa, no entanto, mereceria ser discutida com a profundidade da dissertação de Escorel. Todavia, mas simo era objetivo final deste trabalho, como a pesquisa “Estudo das Políticas e Estratégias de construção do Sistema de Saúde: perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira”,⁴⁰ em andamento na Escola Nacional de Saúde Pública.

⁴⁰ Menção ao projeto de pesquisa desenvolvido entre 1986 e 1990, coordenado por Sônia Teixeira, que, além dos produtos escritos – relatórios, livros e artigos –, deu origem ao Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes). (N. dos O.)

Contudo, é mister referir a percepção que se tem sobre algumas mudanças qualitativas do *movimento* no período. Por um lado, complexificou-se, com o envolvimento crescente de novos atores, o esvaziamento de uma ou outra entidade e o fortalecimento de outras, criando às vezes até confusões a respeito de se estaria havendo retração ou não do *movimento*.⁴¹ Na verdade, pode-se dizer que seu ponto máximo de organização foi por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e, após um certo arrefecimento, parece encontrar uma nova forma de atuação menos corporativa, mais política e, particularmente, mais plural, através da Plenária da Saúde.

Por outro lado, o *movimento*, já em situações concretas, estava tendo que dar respostas técnicas e apontar soluções alternativas – sem abrir mão da sua crítica e independência – nos vários momentos em que era chamado ou, especialmente, conquistava a possibilidade da intervenção. Não que o *movimento* apenas tivesse atuado na crítica, na denúncia; pelo contrário, mas também nunca esteve tão imiscuído com o poder, desde o nível federal até o municipal, tendo inclusive que enfrentar as reivindicações corporativas e salariais. Como quando as entidades representativas dos profissionais, integrantes do *movimento* se veem frente a questões éticas advindas paradoxalmente do avanço da organização social, limitado pelas possibilidades econômicas e técnicas do setor, quando a população começa a exigir respostas concretas das instituições e quando a oposição conservadora “aposta” na incapacidade de se darem respostas eficazes e eficientes. E o novo desafio que se coloca hoje para o *movimento pela democratização da Saúde*.

⁴¹ Ver a respeito relatório parcial da pesquisa coordenada por Sônia Teixeira na Ensp/Fiocruz.

No entanto, tampouco se pode cair na armadilha da busca de soluções técnicas, gerenciais, para que a Saúde ganhe o seu “lugar ao sol”. Insiste-se em que o campo de conhecimento, práticas e representações que envolve a questão da Saúde lhe em conferem uma peculiaridade potencialmente revolucionária e organizativa que talvez outra área não consiga oferecer. Isso porque, enquanto os demais setores sociais são meios para o alcance do bem-estar individual e coletivo, a Saúde é o próprio resultado, a síntese das possibilidades históricas e concretas de cada um usufruir dos bens e serviços em geral. Ainda que os serviços de Saúde sejam “meio”, potencialmente possuem conhecimentos teóricos e informações objetivas e concretas sobre a vida, a doença e suas condições, de tal forma que o seu efetivo controle pela população daria a este um poder de atuação política insuspeito.

Seria a superação da etapa de se trabalhar “para ela” e “por ela” (a população), de acordo com Escorel (1987: 336), para trabalhar “com ela”. Esse parece ser o caminho que se descortina para o avanço do *movimento sanitário*, já perscrutado pela alegoria do “fantasma da classe ausente”, criada por Arouca e citado no referido trabalho (Escorel, 1987: 336). E só neste momento privilegiar esse caminho não pode ser visto como um atraso ou “cupulismo” do *movimento*. Pelo contrário, as condições objetivas para essa nova etapa são frutos de conquistas do próprio *movimento*, não só o da Saúde, mas o de toda sociedade, na construção da democracia.

O desafio que se coloca, portanto, para os técnicos e intelectuais do Setor, militantes do *movimento*, é o de, simultaneamente com o apoio ao reforço e desenvolvimento técnico das propostas organizativas derivadas da aprovação da estratégia do Sistema Único de Saúde, articularem-se com o movimento popular e sindical e com

partidos políticos voltados para as causas populares, na conquista dos efetivos meios de exercício do controle social sobre as instituições e as ações governamentais que interfiram na possibilidade do gozo da Saúde.

Os preceitos aprovados na nova Constituição apontam, pelo menos do ponto de vista formal, para a possibilidade de não só se construir um sistema de atenção à Saúde mais racional, como também de as políticas econômicas e sociais terem a Saúde como referência e, conseqüentemente, utilizá-la politicamente como critério para o avanço da luta por uma sociedade mais justa e equânime.

Pela importância, reproduz-se aqui os dispositivos aprovados para a questão do Meio Ambiente:

CAPÍTULO VI - DO MEIO AMBIENTE

Art. 257/225 - Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público o dever de defendê-lo e à coletividade o dever de preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

§ 1º - Para assegurar a efetividade do direito referido neste artigo, incumbe ao Poder Público:

- I - preservar e restaurar os processos ecológicos essenciais e prover o manejo ecológico das espécies e ecossistemas;
- II - preservar a diversidade e a integridade do patrimônio genético do País e fiscalizar as entidades dedicadas à pesquisa e manipulação de material genético;
- III - definir, em todas as unidades da federação, espaços territoriais e seus componentes a serem especialmente protegidos, sendo a alteração e supressão permitidas somente através de lei, vedada qualquer utilização que comprometa a integridade dos atributos que justifiquem sua proteção;
- IV - exigir, na forma da lei, para instalação de obra ou atividade

de potencialmente causadora de significativa degradação do meio ambiente, estudo prévio de impacto ambiental, a que se dará publicidade;

V - controlar a produção, a comercialização e/ou o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente;

VI - promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente;

VII - proteger a fauna e flora, vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em risco a sua função ecológica, que provoquem a extinção de espécies ou que submetam os animais à crueldade.

§ 2º - Aquele que explorar recursos minerais fica obrigado a recuperar o ambiente degradado, de acordo com solução técnica exigida pelo órgão público competente, na forma da lei.

§ 3º - As condutas e atividades consideradas lesivas ao meio ambiente sujeitarão os infratores, pessoas físicas ou jurídicas, às sanções penais e administrativas, independentemente da obrigação de reparar os danos causados.

§ 4º - A Floresta Amazônica, a Mata Atlântica, a Serra do Mar, o Pantanal Mato-Grossense e a Zona Costeira são patrimônio nacional e sua utilização far-se-á, na forma da lei, dentro de condições que assegurem a preservação do meio ambiente, inclusive quanto ao uso de seus recursos naturais.

§ 5º - São indisponíveis as terras devolutas ou arrecadadas pelos Estados, por ações discriminatórias, necessárias à proteção dos ecossistemas naturais.

§ 6º - As usinas que operam com reator nuclear deverão ter sua localização definida em lei federal, sem o que não poderão ser instaladas.

UM BALANÇO À GUIA DE CONCLUSÃO¹

Neste último e conclusivo capítulo partimos do suposto de que, embora articulados no mesmo projeto, a Reforma Sanitária e o SUS contêm formulações próprias e específicas, em que o segundo é um dos instrumentos potenciais de efetivação do primeiro, indicando estratégias e mecanismos técnicos e políticos de mútua fertilização.

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira, gerado, desenvolvido e sustentado politicamente por um *movimento* social único e peculiar – a “Reviravolta na Saúde” (Escorel, 1999) –, motivado e assentado sobre o objetivo da democratização, pode ser inserido na plataforma geral da democratização da Saúde, com dois componentes fundamentais: o primeiro, representado pelos elementos teóricos originados da Medicina Social dos anos de 1960 e de 1970 (Paim, 1976) que enfatizam a compreensão da doença sob a ótica da sua determinação social; o segundo, a organização das práticas de Saúde em tomo de uma lógica racional, eficaz e eficiente que possa produzir impacto positivo sobre a própria atenção à Saúde, ao mesmo tempo que assuma um papel de “monitoramento vigilante” em relação não só ao comportamento dos indicadores de Saúde, mas, também e principalmente, sobre os fatores de risco que possam produzir doenças e agravos à Saúde individual e coletiva.

¹ Capítulo escrito em 1999. (N. dos O.)

Sob essa perspectiva, o projeto da Reforma Sanitária, legitimado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1987) pode ser analisado sob três dimensões principais e intercomplementares.

A primeira é a dimensão conceitual, referida à própria concepção de Saúde que se vai adotar, rejeitando as visões biologicista, idealista (OMS) e utilitarista. Nessa ótica, a Saúde não está contida em uma definição conceitual, mas é antes a expressão de um processo, resultante do modo de inserção do indivíduo e de seu grupo social na sociedade, tendo, por conseguinte, uma base material para sua explicação e determinação. Essa concepção é o que se poderia chamar de materialista dialética por incluir não só as condições materiais objetivas de existência, mas sobretudo a dinâmica social e política que reconhece e legitima os direitos individuais e coletivos quanto à Saúde, em um determinado lugar e momento.

Essa visão pressupõe a compreensão multissetorial da Saúde, rejeitando sua visão apenas como equilíbrio orgânico e apontando para a questão subjacente do bem-estar social e da qualidade de vida, além de entender a impossibilidade de o sistema de Saúde ser responsabilizado pelas condições de Saúde da população. Quando muito (e essa é uma mudança fundamental na reorientação do sistema de Saúde, na perspectiva da Reforma Sanitária), monitorando indicadores e riscos, elabora as pautas de intervenção dos outros setores da vida econômica e social, na direção da formulação de políticas públicas saudáveis. Isto é, a política de Saúde é vista e compreendida como a convergência das políticas sociais e econômicas para a produção da qualidade de vida e do bem-estar coletivo, ou seja, como política governamental global.

Lenir Santos

O autor chama atenção para multissetorialidade da saúde, rejeitando que a saúde seja vista apenas como equilíbrio orgânico, e apontando para a questão da qualidade de vida, não podendo o setor saúde ser o desaguadouro de todos os males provocados por más políticas sociais e econômicas.

Por isso o art. 5º da Lei 8.080/90 incluiu entre os objetivos e competências do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; e a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, e a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas.

Entretanto, tudo isso não se tornou realidade no país. Se a Constituição apontava esse caminho, e impunha aos governantes essas diretrizes no tocante às políticas econômicas e sociais, isso realmente não aconteceu nos últimos quinze anos, ainda que se possa ressaltar que o acesso às ações e serviços de saúde melhorou muito. Saímos de um sistema que garantia serviços ambulatoriais e hospitalares aos trabalhadores segurados da previdência social e adotamos outro que garante a todo cidadão brasileiro o acesso às ações e aos serviços de saúde. Esse direito, por si só, já é um grande avanço, ainda que as políticas sociais e econômicas não tenham seguido o rumo traçado pela Constituição.

Uma segunda dimensão do projeto da Reforma Sanitária Brasileira é a política, ao reconhecer, entre outras possibilidades, o direito universal à Saúde como fruto da pactuação social e de-

mocrática em torno do direito natural à vida e à existência digna e longa.

Como terceira dimensão, a técnico-estratégica, representada pelo novo *modus faciendi* do sistema de Saúde, de maneira tal que, ao lado das ações tradicionais de atenção à Saúde das pessoas, assuma o papel antes indicado de, monitorando a qualidade de vida, seus indicadores e riscos potenciais, poder oferecer as informações e estratégias necessárias ao planejamento das intervenções intra- e intersetoriais, que “produzam” mais saúde e atendam aos princípios de racionalidade organizativa, em benefício da potencialização dos recursos sociais e econômicos. Essa terceira dimensão tem o papel estratégico de catalisar o processo da Reforma Sanitária propriamente dita.

Ainda que as formulações anteriores não signifiquem novidade conceitual na doutrina do direito à saúde, consolidado até mesmo em bases jurídico-legais, não parece que, no processo de implementação do SUS, a “doutrina” venha tendo papel hegemônico, por referência às ações técnicas que no mais das vezes continuam centradas no cuidado individual e reparador, além de terem estratégia pautada por uma visão extremamente tecnoeconomicista, levando às vezes a um distanciamento do seu objetivo central, ou seja, a qualificação e dignificação da atenção à população.

Conforme já afirmado no Capítulo 1, a promulgação da Constituição de 1988, se não é condição suficiente para uma plena implementação da Reforma Sanitária, sem dúvida é condição necessária para estabelecer um novo patamar, ainda que parcial e provisório, para a nova política de Saúde pactuada a partir de aspirações, demandas e expectativas urdidas e represadas ao longo de vinte anos

de luta pela redemocratização do país, no contexto do Estado Burocrático-Autoritário (O'Donnell, 1982).

Todavia, se a nova Constituição já continha os preceitos, os princípios, as diretrizes e os prazos que deveriam orientar as novas práticas institucionais, em termos de legislação infraconstitucional e normas regulamentadoras, esse processo não foi automático nem natural, na medida em que, nos momentos subsequentes, rerepresentaram-se as mesmas forças políticas e ideológicas que tentaram influir no próprio texto constitucional, numa tentativa de reabrir questões polêmicas que significavam o contencioso presente durante todo o processo constituinte.

A Constituição, promulgada em outubro de 1988, deu um prazo de seis meses para que o Poder Executivo enviasse ao Congresso Nacional os Projetos de Lei referentes à organização e ao funcionamento da Seguridade Social. Da mesma forma, ainda que sem prazo, ficaram também pendentes de leis ordinárias várias outras questões referidas no texto constitucional, como, em especial, o Sistema de Sangue e Hemoderivados, a doação e o transplante de órgãos e a própria regulamentação do setor privado de prestação de serviços de saúde.

Tendo assimilado (mesmo que estrategicamente, para alguns) o conceito de Seguridade Social, passou-se a investir na elaboração desses anteprojetos, mediante convênio e apoio financeiro do MPAS, Nesp da UnB, visto naquele momento como “cabeça de ponte” estratégica para a ação. Essa foi uma ação técnico-estratégica interessante, na medida que, em diferentes etapas – grupos de trabalho, seminários e debates –, acabou por reunir mais de cem técnicos ligados ao *movimento*, na produção de um conjunto de anteprojetos de lei que incluíram a Lei Orgânica da Seguridade Social,

a Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei sobre o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados.

No caso da Lei Orgânica da Saúde, encerrou-se esse processo de elaboração com um anteprojeto consistente e legitimado pelos debates, sendo, a seguir, apresentado ao Ministério da Saúde para consideração. Entretanto, nessa conjuntura o Ministério da Saúde estava em fase de transição – por conta de um novo período governamental – e às voltas com conflitos de concepção em relação a muitos aspectos doutrinários e estratégicos do próprio SUS aprovado constitucionalmente. Isto levou a que o Ministério da Saúde decidisse apresentar um outro projeto sobre o mesmo objeto, ainda que considerando os aspectos estruturais do anteprojeto do Nesp, que, na realidade, agia em representação do próprio *movimento sanitário* como durante todo o processo constituinte.

O processo de discussão e tramitação do Projeto de Lei Orgânica da Saúde, muito bem documentado no trabalho elaborado por Maria Angélica Gomes (1996), encontrou na Comissão a mesma polarização já observada por ocasião da Constituinte. De um lado, os defensores do SUS público, universal e participativo; de outro, os identificados com os interesses privado e corporativos, descomprometidos com a coisa pública e com a causa popular. Nada de novo, uma vez que o Congresso Nacional era o mesmo da Assembleia Nacional Constituinte, pior ainda, na medida em que a nova organização da Casa, ao dar poder terminativo às comissões, transformou-as em *lobbies* de interesses específicos, comprometendo o pluralismo e o tratamento suprassetorial das questões de interesse comum da nação, como Saúde e Educação.

Isso propiciou uma conjuntura das mais perversas para a causa coletiva, na medida em que se agregaram aos interesses já expli-

citados o casamento entre o clientelismo habitual de certos parlamentares e o corporativismo de grupos ameaçados com a nova ordem institucional proposta. Foi o caso dos funcionários e dirigentes do Inamps, FSESF Sucam, Pioneiras Sociais, LBA, Universidades e Hospitais Universitários, entre outras, além de categorias profissionais específicas, na defesa de privilégios ou benefícios. E, nessa situação, formaram-se alianças de cunho corporativo que, ao final, terminaram por afetar o conjunto do Projeto de Lei, esgarçado para atender à multiplicidade de demandas particulares.

Gomes apresenta em seu trabalho (1996) os embates ocorridos, confrontando as várias concepções de organização institucional do SUS constantes dos vários projetos que disputavam a hegemonia do processo legislativo.

O fato de o Poder Executivo não ter apresentado no prazo o seu projeto, ensejou que o deputado Raimundo Bezerra (PMDB) apresentasse o projeto do Nesp que foi apensado ao do Executivo, assim como os outros de iniciativa parlamentar, levando a um processo de grande negociação direta entre os representantes dos vários grupos de interesse presentes na Assembleia Nacional Constituinte, principalmente o próprio Ministério da Saúde, o *movimento sanitário*, o setor privado contratado e o setor privado “autônomo”, redundando, ao final, na elaboração e aprovação de um substitutivo elaborado pelo relator, deputado Geraldo Alckmin (PMDB).

Mesmo aprovado pela Comissão, o Projeto de Lei, ao ser sancionado pela Presidência da República, recebeu vários vetos que comprometeram alguns pontos essenciais da Lei, especialmente as questões relativas aos critérios para realizar os repasses financeiros automáticos e regulares para as esferas descentralizadas e a organização do controle social por meio das Conferências e Conselhos de Saúde.

Ainda que alvo de muita inconformidade, na medida em que o processo havia sido muito negociado, houve uma rápida e intensa movimentação das entidades integrantes da Plenária da Saúde que conseguiram um acordo negociado diretamente com o Ministro da Saúde, deputado Alcení Guerra (PFL), e outros parlamentares. Estes se comprometeram a encaminhar o acordo feito, em termos de novo Projeto de Lei, em regime de urgência, contemplando especialmente os aspectos relativos aos repasses financeiros e ao controle social.

Tendo se estabelecido o prazo de 15 de dezembro de 1990 para o encaminhamento do novo projeto, o Congresso acabou por, numa ação tática e no período extraordinário de sessões, aprovar os vetos presidenciais, enquanto se discutia e aprovava o novo Projeto de Lei, assegurando-se, até de maneira mais explícita, a organização dos Conselhos de Saúde em todos os níveis, com participação paritária e poder deliberativo, e a criação dos Fundos de Saúde, assim como estabeleceu-se um prazo para ser apresentado pelo Ministério da Saúde um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS.

Lenir Santos

A Lei Orgânica da Saúde, votada, vetada e sancionada, foi intensamente discutida pelo movimento sanitário, exigindo, após a sua edição, a sua implementação, o que realmente não era fácil.

Os vetos foram analisados e a Lei nº 8.142/90 recuperou os artigos mais importantes que haviam sido vetados: o repasse de recursos da União para Estados e Municípios e a participação da comunidade no SUS (Conselhos de Saúde).

Logo após o *impeachment* do presidente Collor² e com o advento do Governo Itamar Franco, assumiu o Ministério da Saúde o dr. Jamil Hadad, decidido a levar adiante o processo de reforma institucional do próprio Ministério, com vista a adequá-lo ao novo papel do gestor federal do SUS. A estrutura então vigente não correspondia às funções que o órgão deveria desempenhar na esfera federal, comprometido pelo “inchaço” da máquina, com o clientelismo representado pelas Coordenadorias Regionais do Ministério da Saúde e pelos representantes estaduais, sempre indicados politicamente.

A discussão do rearranjo do Ministério da Saúde levou a algumas polêmicas, como a questão da extinção da Ceme, acusada de, ao ser centralizada, favorecer a corrupção e a cartelização. A proposta final reforçava a ação da Fundação Oswaldo Cruz, no sentido de servir de apoio científico-tecnológico para o desenvolvimento dos programas de controle de doenças em andamento, particularmente o Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos.

A proposta tinha um grande componente de racionalização das estruturas do Ministério da Saúde, desenvolvendo-se uma grande resistência corporativa à redefinição e redimensionamento, com descentralização, das antigas FSESP e Sucam, incorporadas, naquela ocasião, à Fundação Nacional de Saúde, que passava a abrigar também o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) e o Serviço de Processamento de Dados do SUS/Ministério da Saúde (Datusus).

Nesse momento, já estando em vigor a Lei 8080/90, que redefinia as funções federais, estaduais e municipais, com o resultado

² O então presidente da República, Fernando Collor de Mello, renunciou ao cargo em 29 de dezembro de 1992, momentos antes de o Senado votar seu *impeachment*. O vice-presidente, Itamar Franco, assumiu a Presidência da República a partir dessa data até 1º de janeiro de 1995. (N. dos O.)

esperado da municipalização, começou a organizar-se um movimento dos dirigentes estaduais e municipais de Saúde, no sentido de exigir o início imediato do processo de descentralização do SUS, dificultado por uma significativa compressão do orçamento da Saúde nos dois anos anteriores, como fruto da orientação neoliberal iniciada no Governo Collor.

Esse contencioso levou a uma grande mobilização de lideranças em torno das duas questões: o financiamento e a descentralização, apontando para a necessidade urgente de convocar a 9ª Conferência Nacional de Saúde.³

Dado o impasse, constituiu-se uma Comissão Interministerial, com participação da área econômica do governo, para buscar alternativas para enfrentar o problema de desfinanciamento do SUS, ocorrido fundamentalmente em decorrência da diminuição dos repasses devidos e não efetuados pelo Orçamento da Seguridade Social. O Iapras/MPAS, órgão arrecadador da Previdência Social, alegava, por conta dos compromissos constitucionais relativos à Previdência Social, impossibilidade de manter o nível dos repasses para o Ministério da Saúde em torno dos pactuados 30% do Orçamento da Seguridade Social.

No processo de implantação do SUS, o passo seguinte foi o Projeto de Lei nº 37.116, de 1993, apresentado pelo Poder Executivo, que tratava da extinção do Inamps, que, caso fosse mantido, significaria uma duplicação de funções no âmbito do Ministério da Saúde, e especialmente a manutenção das práticas amplamente questionadas de celebração direta de convênios, com orientação clientelista e centralização de recursos.

³ A 8ª Conferência Nacional havia sido realizada em março de 1986, e, por lei, as Conferências Nacionais de Saúde devem ser realizadas a cada quatro anos. (N. dos O.)

A resistência corporativa à extinção do Inamps foi muito grande, representada por funcionários e parlamentares que detinham “cotas” de indicação política de dirigentes nacionais e regionais do órgão. Após intenso debate e muitas sugestões de modificação, o relator do Projeto, deputado Sérgio Arouca (PCB), apresentou substitutivo aprovado, reiterando seu convencimento sobre a necessidade de extinção da autarquia:

Por fim, é nosso dever reafirmar que estamos absolutamente convencidos de que a extinção do Inamps insere-se no contexto da ampla reforma do Estado devida à Nação, que não comporta e [nem] suporta mais estruturas institucionais centralizadas, pesadas, ineficientes e “inadministráveis”, às custas do bolso do contribuinte. Esta Casa tem que demonstrar o seu compromisso com essa modernização necessária, superando o atraso que tem representado o clientelismo, o fisiologismo e a ineficácia nas formas de atuação do Estado brasileiro (Arouca, 1993).

Esse debate alongou-se, convergindo para a discussão sobre os gastos do SUS, tidos como irracionais, especificamente considerando-se inúmeras análises que demonstravam as distorções existentes nos mecanismos de relacionamento com o setor privado contratado. O Ministério do Planejamento (ministro José Serra) alegava ser inevitável um maior controle de gastos, imputando a principal responsabilidade ao modelo de contratação do setor privado.

Foi nesse momento que se retomou a discussão sobre a pertinência e viabilidade do modelo de financiamento da Seguridade Social e do SUS aprovado constitucionalmente e que não estava conseguindo viabilizar as políticas correspondentes, buscando-se novas alternativas, como a recuperação da ideia de vinculação orçamentária, que acabou sendo apresentada sob a forma de uma

Proposta de Emenda Constitucional (PEC) de nº 169, de autoria dos deputados

Waldir Pires (PSDB) e Eduardo Jorge (PT), em 1993, assim como a ideia de novas fontes de financiamento, como a CPMF, proposta pelo ministro Jatene⁴ e acatada pelo Congresso Nacional.

Lenir Santos

No tocante ao modelo de financiamento da Seguridade Social, as vinculações começaram com a CPMF, depois foi editada a Emenda Constitucional nº 20 que vinculou as contribuições fixadas nos incisos I e II do art. 195 para a Previdência Social e a Emenda Constitucional 29/2000.

Todas essas medidas foram necessárias, uma vez que a Previdência Social, em 1993, reteve por mais de cem dias os repasses para a Saúde, gerando uma representação à Procuradoria Geral da República que engendrou o Inquérito Civil Público nº 1, ainda em andamento em 2003.

De qualquer forma, o resultado para a área da Saúde foi, de imediato, a suspensão dos repasses do MPAS ao Ministério da Saúde, criando-se um verdadeiro impasse no seu financiamento, contornado apenas parcial e provisoriamente pela aprovação da CPMF,⁵ que, todavia, não conseguiu substituir integralmente as fontes originais.

⁴ O doutor Adib Jatene foi ministro da Saúde no Governo Collor (1990-1992) e no Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1996). Em sua segunda gestão à frente do Ministério da Saúde, fez da aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) uma verdadeira cruzada. (N. dos O.)

⁵ Em julho de 1996 o Congresso Nacional aprovou a CPMF. (N. dos O.)

Como resultado da mobilização social em tomo da crise por que passava o SUS, decidiu-se pela convocação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla representatividade, para discutir o impasse e “forçar” o Governo e o Ministério da Saúde a pôr em marcha, de fato, o SUS, por meio do início do processo de descentralização, uma vez que, alegava-se, a Lei já era autoaplicável nesses aspectos.

Realizada num clima muito tenso, no contexto de grave crise institucional do Governo Collor, a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992, conseguiu produzir, no entanto, diretrizes suficientemente objetivas e um arco de alianças políticas entre as esferas de governo que levou à adoção, no momento seguinte, de uma estratégia de descentralização progressiva, negociada longamente pelo Conselho Nacional de Saúde, até a aprovação da Norma Operacional Básica 01 de 1993 (Brasil, 1993), que criava as diferentes modalidades de habilitação para os municípios como incipiente, plena e semiplena.⁶

É mister referir que o processo aí culminado teve uma forte participação de entidades da Plenária da Saúde, com papel subsidiador importante da Abrasco e do Cebes, por meio do documento “Saúde é Qualidade de Vida” (Abasco & Cebes, 1992) e de outro elaborado por técnicos do Ministério da Saúde, “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” (Ministério da Saúde, 1993), que significava um verdadeiro libelo a favor da descentralização do SUS.

⁶ Desde a NOB 01/93 foram estabelecidas diferentes “sistemáticas de relacionamento” entre as esferas político-administrativas segundo as condições de gestão do SUS nos Estados e Municípios. A habilitação às diferentes condições de gestão significa a “declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob a sua responsabilidade” (Brasil. Ministério da Saúde. NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96). (N. dos O.)

O início da implementação da NOB 93, desencadeando um processo de pactuação entre as esferas de governo, com a criação das Comissões Tri e Bipartites, significou importantes avanços em termos do início das gestões semiplenas. Já em 1994, 46 municípios, com cerca de 9% de cobertura populacional nacional, haviam sido incluídos nas várias formas de gestão vigentes (Brasil, 1993).

Todavia, apesar do avanço, parece ter-se reconstituído no Ministério da Saúde a antiga lógica do Inamps, mantendo-se o mecanismo de “compra e venda” no âmbito do setor público, entre esferas de governo e interinstitucionalmente, no que passou a ser conhecido como “inampização” do Ministério da Saúde, numa clara alusão à supervalorização da prestação de serviços às pessoas, sob a lógica do pagamento por produção. A velha herança dos tempos da malfadada Unidade de Serviço (US) resultava, no caso dos municípios com maior autonomia, em maior racionalização da aplicação dos recursos, com maior impacto sobre a população, mas nos casos dos de pouca autonomia, em uma extensa dependência dos recursos federais.

Lenir Santos

O autor tem razão em afirmar que o modelo adotado pelo Ministério da Saúde é um modelo que não confere com o previsto nas leis e na Constituição. Pode-se falar em quase uma “inampização” da saúde.

Com a edição de inúmeras portarias ministeriais, a pretexto de organizar administrativamente o sistema, gerou-se uma modalidade cartorial de repasse de recursos vinculados a programas de saúde

propostos pelo Ministério da Saúde. Os repasses por programas e por procedimentos recuperam o antigo modelo das US.

Esses fatos prejudicam o planejamento ascendente, os planos de saúde – base de atividades dos municípios – e a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

Em 2002, o Ministério da Saúde tinha mais de 60 maneiras de repassar recursos: programas estratégicos, incentivos, regime de mutirão, recursos para a epidemiologia, vigilância sanitária, programa de saúde da família, da mulher, Aids, saúde bucal, parto, farmácia etc.

A forma de repasse de recursos que, segundo as Leis 8.080/90 (art. 35) e Lei 8.142/90 (art. 3º), deve observar o critério populacional, enquanto os demais critérios previstos no art. 35 da Lei 8.080/90 não forem regulamentados, observa parâmetro inverso, ou seja, são realizados de acordo com programas e serviços determinados pelo Ministério da Saúde para os estados e municípios.

Chegou-se ao absurdo de o Ministério editar centenas de portarias para autorizar o município a realizar “cirurgia de catarata, em regime de mutirão, de um determinado número de pacientes que se encontram na fila de espera”. Essa forma verticalizada de repassar recursos, de criar programas, de “monitorar” os municípios fere o sistema público de saúde nos seus princípios.

Esse regime cartorial, essa burocracia instalada no Ministério da Saúde, além de descumprir o que determinam as leis, no tocante ao repasse de recursos, fere competências legislativas e executivas desses entes políticos e inibe a nascente prática do planejamento local, com a participação da população.

O planejamento ascendente e os conselhos de saúde, avanços ímpares na saúde, estão sendo minimizados pelo fato de os recursos saírem do Ministério da Saúde com “carimbos” de aplicação.

Como os programas são predeterminados, verticalizados, o que sobra para o conselho e município no tocante à discussão das políticas locais de saúde?

Compartilhando ainda a velha tese de Gentile de Mello (“A US é fator incontornável de corrupção”), é nossa opinião que esse modelo tem uma relação orgânica com o paroxismo tecnológico que, partindo do Inamps, em 1985, tomou conta do sistema de Saúde, sob a argumentação de que se deveria criar um sistema de Saúde com maior incorporação tecnológica, com ênfase na tecnologia de ponta, em contraposição à “medicina simplificada” ou geral, de que era acusado o SUS. Da verdade de que o SUS não deve ser “medicina pobre para pobre”, passou-se ao paroxismo do consumo abusivo e injustamente distribuído da tecnologia médico-hospitalar e farmacêutica, num sinergismo perverso entre o setor público e o setor privado “autônomo”, em que este se torna predador do anterior, no que Vilaça convencionou chamar de hegemonia do projeto neoliberal (Mendes, 1993).

A nossa análise, todavia, discorda desse ponto de vista, na medida em que, embora tenha-se construído as condições para que o setor privado se aproprie dos recursos tecnológicos do SUS, levando, na prática, a uma transferência de recursos públicos para o setor privado (aí sim uma prática neoliberal), não se pode dizer que o modelo de atenção à Saúde representado pelo SUS tenha adotado a “cartilha neoliberal” dos organismos internacionais e das experiências de outros países como o Chile. No caso brasileiro, há fortes indícios de que o *movimento da Reforma Sanitária* e a consequente base legal conquistada serviram de âncora para a sua não conspiração, preservando os ideais universalistas do direito à Saúde.

Pelo contrário, a despeito de todas as críticas que os setores mais conservadores faziam ao modelo SUS, acusando-o de estaticista e atrelado às fórmulas socializantes e do *welfare* social-democrata, em declínio no mundo, o SUS conseguiu constituir-se em um forte instrumento de democratização da Saúde ao estabelecer alguns principais pilares, como a universalização do direito à Saúde, a equidade, a integralidade e o reconhecimento ao direito democrático da participação social de todos os seus atores no processo de elaboração e controle da execução das políticas e práticas de Saúde.

É bem verdade que esses princípios não devem ser apreendidos como meros conceitos declaratórios e autoaplicáveis, uma vez que o principal objetivo da nova política de Saúde deve ser a criação de mecanismos que assegurem a universalização e a equidade, em um processo de discriminação positiva que venha garantir a todos o acesso universal às ações e serviços de Saúde, assim como o atendimento diferenciado às necessidades de Saúde específicas, de acordo com as realidades em que se apresentam.

Assim, o processo de universalização e de equidade devem ser os principais instrumentos de inclusão social (Teixeira, 1989).

Segundo Barros,

construir o novo significa buscar estratégias viabilizadoras de políticas públicas includentes, tendentes à universalização, direcionadas à construção de uma sociedade mais equânime e menos desigual, enfrentando as tendências e não subordinando-se a elas (Barros, 1996).

No Brasil, pode-se, sim, dizer que o SUS foi e está sendo comprometido pela política neoliberal, mas na perspectiva do seu bru-

tal desfinanciamento, como consequência das políticas de ajuste fiscal e do monetarismo vigente.

Como subsídio a este capítulo, realizou-se um processo de avaliação da opinião de lideranças, técnicos e dirigentes da Saúde, de maneira a obter argumentos que pudessem reforçar ou modificar as ideias aqui desenvolvidas. Todavia, os subsídios colhidos sobre o processo de implantação do SUS apresentam resultados bastante monótonos e convergentes, corroborando, em grande medida, as preocupações e análises que permeiam este trabalho.

Seria presunção esperar uma avaliação extremamente positiva da implantação do SUS, há apenas dez anos de sua regulamentação. Comparando com outros países como Inglaterra, Itália, Canadá e Espanha, que organizaram seus Sistemas de Saúde com a mesma direcionalidade e melhores condições sociais e econômicas, percebe-se que, a despeito disso, levaram décadas para obter resultados consistentes.

Todavia, se foram enfrentadas adversidades decorrentes do nosso processo histórico recente, também houve um certo esgarçamento do *movimento* social que dava suporte e pressionava pela Reforma Sanitária, explicado, talvez, pelas mesmas razões históricas que têm comprometido o próprio processo de democratização, associado ao período de compressão das políticas sociais e, também, pelo corporativismo que, em muitos momentos, tem imobilizado os avanços sociais genuínos.

Lenir Santos

É fato a constatação feita pelo autor de que houve “um esgarçamento do movimento social que dava suporte e pressionava pela

Reforma Sanitária”. Muitas pessoas que faziam forte pressão para que a Constituição e a Lei fossem cumpridas acabaram cedendo às práticas do Ministério da Saúde.

Outras pessoas surgiram na área da saúde sem conhecer o Sistema Único de Saúde, suas diretrizes e princípios, aceitando como certas as posturas de autoridades do Ministério. Além do mais, o Conasems e o Conass, fortemente mobilizados em épocas passadas, também passaram a ceder à pressão exercida pelo Ministério.

Assim, de uma certa forma, somos forçados a aceitar que o movimento sanitário subjacente ao projeto também sofreu essas condicionantes, caindo numa certa desmobilização e inação, ainda que a sua vitalidade possa ser observada especialmente em situações locais em que a legitimidade de governantes e a permeabilidade ao controle social têm sido favoráveis. Isto fica evidenciado principalmente nos locais onde a gestão semiplena está mais avançada e onde a estratégia de Saúde da Família vem se implantando, como radicalização do SUS.

Todavia, se essas razões podem ser, em parte, exemplos de um arrefecimento de ânimos em relação à Reforma Sanitária, nada justifica a inação frente a uma série de questões críticas e estratégicas essenciais para que o SUS possa estabelecer uma relação orgânica com a Reforma Sanitária.

Lenir Santos

As práticas de pagamento do setor privado, além de não mudarem e serem fortemente pressionadas por lobbies da área tecnológi-

ca e do alto custo da saúde, foram estendidas ao setor público. Do mesmo modo que se paga um contrato firmado com o setor privado para a prestação de serviços de saúde, paga-se um hospital público.

A modalidade de pagamento denominada de código 7 ainda persiste, tendo sido ampliada, uma vez que se criou o modelo de “cessão de crédito”. O setor privado contratado pelo Poder Público admite que créditos de terceiros lhes sejam repassados, assumindo, assim, compromissos do setor privado no âmbito do contrato estabelecido com o Poder Público. Isso configura uma distorção e uma violação aos princípios que regem a administração pública.

O art. 26 da Lei nº 8.080/90 estipula que sejam estabelecidos valores e parâmetros para a remuneração do setor privado. Estas tabelas e critérios foram estendidos para a área pública, em desrespeito ao disposto no art. 35 da mesma Lei e ao art. 3º da Lei nº 8.142/90.

No tocante aos planos e seguros de saúde, seria importante ressaltar que a área da saúde é de relevância pública, estando sujeita ao controle, fiscalização e regulamentação do Poder Público (art. 197).

Nesse particular, toda a área privada que atua no campo da saúde deve estar contaminada pela relevância pública dos serviços que presta. Assim, o disposto na Constituição para a ordem econômica e financeira na área da saúde deve estar permeado pelo regramento do art. 197.

Também a Câmara de Saúde Suplementar do Conselho Nacional do Seguro Privado e o Consu deveriam subordinar-se ao Conselho Nacional de Saúde, órgão que deve discutir as políticas de saúde.

A segmentação dos planos de saúde, a não cobertura farmacêutica, as doenças preexistentes, as limitações de internação etc. são questões que rompem com o princípio da integralidade da assistência,

com a relevância pública das ações e serviços de saúde e outros princípios que permeiam todas as atividades da saúde.

Quanto ao ressarcimento que as operadoras de planos privados de saúde devem fazer ao SUS, o seu cumprimento tem sido pífio, com diversas impugnações e não pagamento dos valores devidos.

No tocante à Saúde da Família é imperioso que se resolva, de acordo com os comandos legais e constitucionais, a forma de contratação de seu pessoal, sob pena de, com o passar do tempo, esse programa sofrer danos irreparáveis em razão da contratação de pessoal.

A crítica de que as áreas jurídicas da União, Estados e municípios devem exigir que seus procuradores conheçam o direito sanitário é absolutamente procedente.

O direito sanitário deve ser reconhecido como um ramo do direito público, apartando-se do direito administrativo, uma vez que o advogado público tem que conhecer essa nova especialidade, sob pena de enfraquecer as secretarias de saúde, autoridades que devem cuidar da saúde pública, que tem caráter coletivo e exige atuação do Estado a fim de coibir que comportamentos nocivos, perigosos, possam colocar em risco a saúde de uma coletividade.

São inúmeras as questões jurídicas da saúde que ficam sem respostas nas secretarias da saúde. Conselhos de saúde, fundos de saúde, transferências de recursos, competência legislativa, ressarcimento das operadoras de planos de saúde, forma de aplicação de recursos, auditoria, planos de saúde, planejamento ascendente, vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, são questões que estão na ordem do dia das secretarias de saúde, atormentando seus dirigentes, que não encontram respostas nas

consultas que fazem ao departamento jurídico de seu município ou estado.

É urgente que se reconheça essa especialização. Esse novo ramo do direito público necessita de espaço para formar seus advogados, membros do Ministério Público, da Magistratura.

A integralidade da assistência vem sendo rompida pelo Poder Judiciário quando concede medidas liminares em ações que visam à garantia do direito à saúde de forma transversa. O direito à saúde deve ser garantido ao indivíduo que respeita a organização jurídico-administrativa do sistema, desde que ela, é lógico, não seja organizada de modo a cercear o direito à saúde. Mas se essa organização leva em conta os princípios constitucionais e legais, como regionalização, rede de serviços, referência e contrarreferência, integralidade da assistência, resolutividade, igualdade etc., ela deve ser respeitada pelo cidadão usuário do SUS. Não é possível o cidadão violar princípios e diretrizes do sistema, via Poder Judiciário, desrespeitando, muitas vezes, o princípio da igualdade.

Conjuntura e Perspectivas: uma agenda⁷

Apesar das reiteradas declarações oficiais de adesão ao SUS, o que se tem visto é um renitente descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, com retardamento do processo de descentralização (e até mesmo de “inchamento” do nível federal) e uma

⁷ Texto extraído de artigo do autor “A via do Parlamento”, publicado na coletânea organizada por Sônia Fleury, *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-91. O artigo, por sua vez, foi modificado e atualizado tendo por base parte do texto que ora se publica. (N. dos O.)

omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral, inclusive e principalmente dos serviços privados contratados pelo SUS e dos outros serviços privados, particularmente os planos e seguros de saúde.

Poder-se-ia dizer que o problema é grande e complexo demais para um equacionamento a curto prazo (embora já decorram quase dez anos da promulgação da nova Constituição). Ocorre que é justamente em função dessa dimensão e variedade que a descentralização se impõe como estratégia central.

Outra questão que tem comprometido profundamente a possibilidade de avanço do SUS como política social é o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, nas suas respectivas esferas, propiciando a destinação, pelas instituições públicas, de vultosos montantes ao cofinanciamento de planos e seguros de saúde privados de seus funcionários. Sem se falar no prestígio e força que esses segmentos de usuários (normalmente os mais organizados) deixam de emprestar à pressão pela melhoria dos serviços públicos, usados pela população menos organizada e mais necessitada. Além de renúncias fiscais, como a dedução do imposto de renda e outros subsídios diretos e indiretos que favorecem o setor privado e estimulam o seu uso pela população, numa tática específica da cartilha neoliberal.

Quanto à malversação do dinheiro público, fato inconteste, a questão tem duas expressões principais: o não controle público sobre as ações e serviços prestados pelos hospitais, clínicas e laboratórios privados contratados pelo SUS (e que deveriam atuar como se públicos fossem), que, com a conivência das autoridades e respaldados pelos parlamentares que os representam, constituem

verdadeiras sinecuras de captação dos recursos públicos de saúde, com fins eminentemente mercantis, sem qualquer compromisso social; e a ineficiência da gestão pública propriamente dita, sufocada por regras burocráticas que se sobrepõem ao interesse público e também pelo corporativismo e descompromisso público de amplos segmentos profissionais (ainda que se deva reconhecer a inexistência de uma política de real valorização do trabalho). Outra questão que, sem dúvida, tem mantido o padrão de distorções nos serviços privados contratados, hoje incorporadas também aos serviços públicos, é a modalidade de remuneração por produção (AIH).

Deve-se registrar também que, além de se gastar mal, não há dúvida que, para os parâmetros internacionais, também se gasta pouco; o que poderia ser otimizado pela maior racionalidade e controle de gastos, sem que isso ilida a necessidade de se buscarem mais recursos para o setor, de uma forma mais estrutural e menos conjuntural.

É necessário também que se denuncie o afastamento do SUS do seu princípio doutrinário mais central que é a integralidade. Isto é, a indissociabilidade entre prevenção e atenção curativa. Hoje, a prioridade orçamentária federal é nitidamente representada pela assistência médico-hospitalar, em detrimento criminoso das ações de promoção e proteção da saúde. E a atual proposta de reforma administrativa do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare) ainda insiste em separar o SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico (dos distritos sanitários). Na verdade, o que está se passando é uma relegação da própria doutrina da Reforma Sanitária, pelos próprios integrantes do *movimento*, que, após a aprovação da base jurídico-legal, passaram a tratar apenas do SUS, esquecendo-se que este é apenas estratégia de um projeto maior

de democratização da saúde, que inclui a questão da intersectorialidade e a mudança da cultura médica e tecnológica vigente que associa qualidade ao consumo de tecnologia sofisticada. Isso significa a necessidade de se investir em muitas frentes, inclusive, e principalmente, na reorientação do processo de formação profissional e num trabalho de comunicação social que aponte na direção da formação da “consciência sanitária” de Berlinguer (1978: 3-28).

Assim, um próximo período de vitalidade do *movimento da reforma Sanitária* e do Cebes deve construir sua pauta em tomo de algumas questões que hoje não estão resolvidas conceitual e tecnicamente, necessitando tanto de estudos e avaliações de experiências quanto da repactuação entre vários segmentos do *movimento*, hoje bastante fragmentado.

Entre essas questões, encontram-se:

- a proposição e a aprovação da legislação que assegure a complementação do processo de implantação do SUS, em especial disciplinando melhor as relações com o setor privado, tanto o contratado quanto o “autônomo”; também a relativa ao sangue e hemoderivados, aos medicamentos (genéricos, organização farmacêutica etc.);
- a reabertura da discussão sobre o financiamento da Saúde, em termos estruturais e levando em consideração a implosão, na prática, da Seguridade Social; a necessidade de uma reforma tributária que viabilize e compatibilize a diretriz da descentralização com a autossuficiência também no financiamento;
- a abertura de discussões, no *movimento* e com o Congresso e o Executivo, de novas estratégias de gestão pública que a otimizem e lhe confirmem produtividade e satisfação/realização profissional e impacto ao SUS; é claro que isso supõe a revisão de

várias bandeiras dos movimentos corporativos, como a isonomia, planos de carreira únicos etc.; assim como uma priorização da discussão de novas políticas de valorização do trabalho, hoje absolutamente secundarizadas no processo de implantação do SUS; e

- a radicalização do processo de descentralização, com revisão profunda das funções e estrutura do nível federal do SUS (Ministério da Saúde).

Sem qualquer pretensão de esgotar a temática, conclui-se esse texto com um alerta: embora o discurso de que o “SUS não deu certo”, constantemente alardeado pela imprensa e por setores do governo, seja sabidamente equivocado e mal intencionado, ele precisa começar a dar certo, aos olhos da população e da mídia. E, para isso, é necessário que o *movimento* se debruce sobre a realidade, reavalie suas estratégias e estabeleça uma nova agenda de atuação, pois, com o atual desgaste e com a intencionalidade neoliberal do governo, em pouco tempo, de fato, estaremos lamentando “termos morrido na praia”.

Nelson Rodrigues dos Santos

Eleutério Rodriguez Neto, um dos “históricos” do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, destacou-se pela participação intensa, criativa, coerente e persistente, desde o início, inclusive no aspecto específico da formulação das alternativas de financiamento adequado para o que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), durante a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

A estratégia da diversificação das fontes financeiras foi competentemente estudada e discutida, no nível técnico e político, sendo aprovada na 8ª Conferência e com reflexo direto nas discussões e no texto final aprovado da Seção Saúde da Constituição Federal. Não era para menos: uma política pública totalmente atrelada aos direitos da cidadania e ao dever do Estado, universal, equitativa e descentralizada, não poderia depender de eventuais oscilações recessivas ou de política orçamentária de uma fonte. Até mesmo a fonte previdenciária da arrecadação dos empregados e empregadores suscitava declarada cautela do autor, tendo em vista a abrangência do plano de benefícios e vislumbres recessivos no horizonte. Da mesma maneira, o antigo Finsocial, que na época perderia a característica de fundo e poderia evoluir para contribuição social ou para imposto.

Por isso, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira propôs na 8ª Conferência Nacional de Saúde que, após atingir um patamar aceitável, houvesse substituição gradativa das fontes previdenciárias por fontes diversificadas e que fosse instituído em cada esfera do Governo o fundo público de saúde.

Eleutério Rodriguez Neto foi um dos militantes do movimento da reforma sanitária no complexo processo sociopolítico na conjuntura de 1988. Sua participação foi determinante nos rumos das articulações e negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que geraram o capítulo da Seguridade Social fortemente vinculado aos direitos da cidadania, à universalidade, à equidade e outros princípios, incluindo a diversidade da base de financiamento. Nessa diversidade, o único componente com destaque específico foi o referente ao recolhimento previdenciário dos empregados e empregadores, e de concursos de prognósticos, permanecendo os demais em termos abrangentes. Para o SUS, a Constituição estabeleceu genericamente

as fontes: “Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”.

Por isso, ao mesmo tempo que alertava para a temeridade de um retrocesso ao paradigma pré-constitucional, após a caducidade da disposição transitória que dotava o SUS com o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social, Eleutério Rodriguez Neto propunha alguma forma de vínculo, instituída por Lei, seja a segmentos das contribuições sociais, seja a percentuais orçamentários ou outras formas. Mais ainda: com a aprovação final da Seguridade Social e do SUS, o autor previa que a dotação transitória promovesse a elevação imediata de 50 a 60% no conjunto de recursos destinados à Saúde, porém considerava ser inevitável que o movimento da Reforma Sanitária continuasse seus esforços e a luta para assegurar os recursos necessários para a Saúde. Isto porque, embora os preceitos Constitucionais não impusessem qualquer limitação por meio de leis e outros mecanismos e instrumentos, seja para o piso, seja para o teto de percentuais do orçamento da Seguridade Social para o SUS, a partir de 1990, esses recursos seriam definidos pela LDO, negociados a cada ano no Congresso sob pressão do Ministério da Fazenda, e a resultante dependeria da capacidade de luta e da correlação de forças do movimento sanitário.

A consistência da antevisão de que a “luta continua”, mesmo que em novos patamares exigentes de novas criatividade, mobilizações e competências, é realizada pelo autor quando, ao analisar o processo constitucional, avaliava que: a) o movimento social permanentemente articulado para pressionar os constituintes acabou por ter um papel fundamental; b) nem todos os segmentos sociais entenderam essa possibilidade e investiram nela, como foi o caso do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e outros; c) os avanços

no processo constitucional foram desiguais nas várias áreas tratadas pela Constituição; e d) o pragmatismo teve que ocupar o lugar do constitucionalismo, ao reconhecer a impossibilidade de nivelar os critérios, negociações e avanços, com a iminência de acabar por “nivelar por baixo”.

Vale transcrever um trecho do livro:

No caso brasileiro, a nova Constituição não é fruto de um processo revolucionário ou mesmo de um pacto social obtido pela participação das várias forças sociais. Mais que tudo, é quase uma “atualização” constitucional de conquistas setoriais, viabilizadas pelo pacto político que superou o chamado Estado autoritário militarista pelo Estado de Direito.

Avalia-se que o “recorte Constituinte” representou um certo freio ao retrocesso conservador pretendido, que poderia ter sido mais acentuado se o Congresso Nacional estivesse investido tão somente das suas funções regulares. De uma certa forma, os trabalhos da Constituinte canalizaram sobre ela as atenções da Sociedade que a vigiava e mantinha na ordem do dia.

Extremamente lúcidas e oportunas as antevistas de Eleutério Rodriguez Neto.

As forças conservadoras conseguiram que o Executivo descumprisse a Constituição em 1989 e parte de 1990, retardando o envio ao Congresso Nacional de projeto de Lei Orgânica da Saúde, o que exigiu grande mobilização do movimento da Reforma Sanitária, com seu ápice na realização do memorável Simpósio de Política Nacional de Saúde promovido pela Câmara Federal em 1989.

Os 30% do Orçamento da Seguridade Social estabelecidos na Constituição como o mínimo para o SUS e referência para as LDO anuais nunca foram levados em conta.

Em 1993, a receita do recolhimento previdenciário do empregado e empregador foi eliminada arbitrariamente pelos ministros da Fazenda e da Previdência e Assistência Social como base de cálculo do financiamento do SUS.

A PEC 169, apresentada em 1993 pelos deputados federais Eduardo Jorge e Waldir Pires, sofreu a retaliação inclemente do “rolo compressor” do Governo Federal até a sua retirada negociada entre 1999 e 2000.

A proposta da criação da CPMF a ser destinada ao SUS sofreu a mesma retaliação do “rolo compressor”, conseguindo, contudo, ser aprovada sob grande mobilização do movimento da Reforma Sanitária, reforçado pela intensa atuação do Conasems. Mas, tão logo aprovada, a CPMF perdeu seu caráter de acréscimo sem constituir um aporte de mais e novos recursos, substituindo as fontes anteriores, de magnitude equivalente, retiradas por decisão dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento.

A PEC 169 e outras PEC similares foram negociadas, resultando naquela que viria a ser a Emenda Constitucional nº 29. Esta EC sofreu, durante meses, a retaliação do “rolo compressor” do Executivo, mas acabou sendo aprovada pela mobilização do movimento da Reforma Sanitária, reforçado pelo Conasems, Conass e pelo Conselho Nacional de Saúde e todas as entidades que o integram.

No entanto, assim que foi aprovada a EC 29, o Governo Federal providenciou parecer da Advocacia Geral da União (AGU), que justificava o método de cálculo da contrapartida da União, valendo-se da “base fixa”, resultando em quase nenhum acréscimo de recurso (novo) federal.

Em 2003, a trincheira desloca-se para a formulação, negociação e mobilização pela Lei Complementar da EC 29. É um campo de

batalha para todos aqueles que militam por políticas públicas que respeitem e garantam os direitos de cidadania. Seria o campo de batalha de Eleutério Rodriguez Neto, de soldado a general, reconhecido teórico, pensador e formulador da política pública de saúde no País e um dos maiores didatas e militantes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. *Pelo Direito Universal à Saúde*, Rio de Janeiro, 1986.
- ABRASCO. *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 1986*. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1987a.
- ABRASCO. Conjuntura. *Boletim Abrasco*. Ano VI, n. 2, jan./fev. 1987b.
- ABRASCO & CEBES. *Saúde é Qualidade de Vida*, Contribuição da Abrasco e do Cebes para os debates da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro/ Brasília, 1992.
- ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. H. & COIMBRA, M. A. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- AROUCA, A. S. S. Democratização e Saúde. In: 1º SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE. *Anais*. Brasília, Câmara dos Deputados, 1980. v. 1, p. 227-31.
- AROUCA, A. S. S. Saúde na Constituinte – a defesa da Emenda popular. *Saúde em Debate*, 20: 39-46, 1988.
- AROUCA, S. (Relator). Projeto de Lei nº 3716, de 1993, que dispõe sobre a extinção do INAMPS. *Saúde em Debate*, 39, 1993.
- AZEREDO, B. O financiamento dos programas sociais: impasses e perspectivas. In: 1º FÓRUM DE ADMINISTRAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS EBAP/FGV Rio de Janeiro, 1987, 20 p. (Mimeo.)
- AZEREDO, B. As Contribuições Sociais no Projeto de Constituição. Brasília: IPEA, 1987, 55p. (Mimeo.)
- AZEVEDO, M. E. R. M. *et al.* Estimativa preliminar e parcial do impacto da aprovação dos dispositivos da Seguridade Social na Constituição. Brasília: MPAS, 1988. (Mimeo.)

- BARROS, E. Política de Saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do Novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. I, n. 1, 1996:
- BERLINGUER, G. A formação da consciência sanitária. In: *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978, p. 3-26.
- BERLINGUER, G. Saúde não se troca por dinheiro. *Saúde em Debate*, 9: 41-46, 1980.
- BLOCH, C. & TESTA, M. *Estado y Salud*. Buenos Aires: Org. Panamericana de la Salud, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. *Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979)*. Brasília, 1975.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. In: 1º SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE. *Anais*. Brasília, 9-12, out. 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Prevsauúde*. Brasília, set. 1980, 75p. (Mimeo.)
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Serviços Médicos. *Modalidades Assistenciais do INAMPS*. Brasília, 1981. 29p. (Mimeo.)
- BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Anais do Conasp. s/1, 1º e 2º vol., 1981-1983*.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social*. Brasília: MPAS, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 1986. *Relatório Final*. Brasília, 1986. (Mimeo.)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 1986. *Relatório Final*. Brasília, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, 1986. *Relatório Final*. Brasília, 1987.

- BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, 430p.
- BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. *Projeto de Resolução nº 2-C de 1987*. (Regimento Interno da ANC, redação final). 1987.
- BRASIL. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. *Documentos I, II e III*. Rio de Janeiro, 1987.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição do Brasil e Constituições Estrangeiras*. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 1987, 3 v.
- BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. *Resolução nº 3 de 1988*. (Altera o Regimento Interno da ANC). 1988.
- BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. *Atas, Separatas e Emendas*. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde, 1992. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica SUS 01/1993*. Ministério da Saúde, 1993.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília, Câmara dos Deputados, 1999.
- BRESSER PEREIRA, L. C. *O colapso de uma aliança de classes*. São Paulo: Brasiliense, 1978.
- CAPISTRANO FILHO, D. *et al. Há o que fazer; a esquerda na Nova República*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- CARTA de Montes Claros. *Muda Saúde. Saúde em Debate*, 17: 50-51, jul. 1985.
- CARVALHO, A. *O PCB e a Saúde* (discurso). In: ALAS DA ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988.

- CEAC. *O Anteprojeto Constitucional e o dia a dia do Cidadão*. Brasília: Centro de Estudos e Acompanhamento da Constituinte, UnB, 1987.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na Área da Saúde. *Saúde em Debate*, 9: 11-13, 1980.
- CEBES-BAHIA. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O Prevsáude em debate. *Saúde em Debate*, 10: 23-6, abr./maio/jun. 1980.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Editorial. *Saúde em Debate*, 11: 2, 1981.
- CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Prevsáude. *Saúde em Debate*, 12: 21-5, 1981.
- COHN, A. *Previdência Social e processo político no Brasil*. São Paulo: Ed. Moderna, 1980.
- COMISSÃO de Elaboração do Plano de Ação do Governo do Presidente Tancredo Neves-Copag. *Saúde*. 1985. (Mimeo.)
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A questão da Saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático. *Saúde em Debate*, 17: 21-22, 1985.
- CORDEIRO, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.
- CORDEIRO, H. Financiamento do Setor Saúde: Proposta para a transição democrática. *Saúde em Debate*, 17: 37-40, 1985.
- CORDEIRO, H. *A Reforma Sanitária: Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do Sistema de Saúde*. Rio de Janeiro, MPAS/Inamps, 1987.
- DALLARI, D. A. Constituição para valer. In: COVRE, M. L. (Org.). *A cidadania que não temos*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- DIAS, H. R. *Direito de Saúde*, Brasília, 2. ed. 1984, 2 v.

- DIAS, H. R. Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 69-90.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde – Origem e Articulação do Movimento Sanitário*, 1987, 352p. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz. (Mimeo.)
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999. 206 p.
- FADUL, W. Minha política nacional de Saúde (entrevista). *Saúde em Debate*, 7/8: 67-76, 1978.
- FELIPE, J. S. MPAS: O vilão da reforma sanitária? *Saúde em Debate*, 20: 65-73, 1988.
- FERRAZ, S. M. T. Os atores sociais em ação: a luta entre os projetos conservador e democrático na área da saúde no contexto de elaboração de uma nova Constituição para o Brasil. Brasília, 1988, 144p. (Mimeo.)
- FERREIRA, A. B. de H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 2. ed.
- FERREIRA FILHO, M. G. *Curso de Direito Constitucional* São Paulo: Ed. Saraiva, 1975. 5. ed.
- GENTILE DE MELLO, C. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.
- GENTILE DE MELLO, C. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1981a.
- GENTILE DE MELLO, C. Prevsáude: vida, paixão e morte. *Saúde em Debate*, 12: 25-26, 1981b.
- GENTILE DE MELLO, C. *A medicina e a realidade brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

- GOMES, M. A. Equidade e universalidade do direito à saúde: representação de interesses no Congresso Nacional 1987/1990. 1996, 89p. Dissertação de mestrado em Ciência Política, Brasília: UnB.
- JACQUES, E *Curso de Direito Constitucional*. Rio de Janeiro: Forense, 1977. 8. ed.
- JATENE, A. *et al. Saúde: obrigação de todos*. Movimento União em Defesa da Saúde, 1987.
- JORGE, E. O PT e a saúde na Constituinte (discurso). *Saúde em Debate*, 20: 49-53, 1988.
- KONDER, L. A questão da cidadania na transição democrática. In: COVRE, M. L. (Org.). *A cidadania que não temos*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- KWITKO, M. Propostas Gerais e Preliminares para aperfeiçoamento das Modalidades Assistenciais do INAMPS. Brasília, 1981, 6p. (Mimeo.)
- LIMA, L. F. M. e PUCÚ, A. S. S. Doze anos de assistência médica no Brasil. *Saúde em Debate*, 13: 20-29, 1981.
- MACCIOCCHI, M. A. *A Favor de Gramsci*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 2. ed. Trad. Angelina Peralva.
- MÉDICI, A. C. e SILVA, P. L. B. Alternativas do Financiamento da Atenção à Saúde. In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 173-220.
- MENDES, E. V. As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- MERHY, E. Democracia e Saúde. *Saúde em Debate*, 4: 7-13, 1977.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde em Debate*, 38: 4-17, mar. 1993.
- MOISÉS, J. A. Sociedade Civil, cultura política e democracia: caminhos da transição política. In: COVRE, M. L. (Org.). *A cidadania que não temos*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- MOSCONI, C. *Constituinte, Saúde, Seguridade, Meio Ambiente* (discurso). Assembleia Nacional Constituinte, Brasília, 1987.
- NICARÁGUA. Assembleia Nacional. *Constitución Política*. La Gaceta, ano XCI, n. 5, 1987.
- NOGUEIRA, R. R. A ideologia médica neoliberal. *Saúde em Debate*, 15/16: 44-47, 1984.
- NOGUEIRA, R. E *Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil*. Brasília: OPS, Acordo MS/MPAS/MEC/MCT, 1986.
- O'DONNELL, G. Anotações para uma teoria do Estado (I), *Lua Nova*, 3: 71-83, dez. 1984.
- O'DONNELL, G. Anotações para uma teoria do Estado (II), *Lua Nova*, 4: 71-93, jan. 1985.
- O'DONNELL, G. Reflexões sobre os Estados burocráticos-autoritários. São Paulo: Vértice, 1987a. Trad. Cláudio Schilling.
- O'DONNELL, G. Transição Democrática e Políticas Sociais. *Revista de Administração Pública*, 21(4): 9-16, out./dez. 1987b.
- OLIVEIRA, J. A. A. Em defesa do Prevsauúde ou 7ª Conferência Nacional de Saúde: um passo adiante. *Saúde em Debate*, 11: 38-44, 1981.
- OLIVEIRA, J. A. A. A Crise da Previdência e seu impacto sobre a Política de Saúde. *Saúde em Debate*, 13: 4-19, 1981.
- OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985.

- OLIVEIRA, J. A. A. Para uma teoria da reforma sanitária: “democracia progressista” e políticas sociais. *Saúde em Debate*, 20: 85-93, 1988.
- OMS. Carta de Ottawa. Genève: WHO, 1986.
- PAIM, J. S. *Saúde, Crise e Reformas*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.
- PAIM, J. S. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.
- PIRES, W. & JORGE, E. Proposta de Emenda Constitucional nº 169, 1993.
- PMDB. Assessoria Parlamentar. *Contribuição ao Governo do Presidente Tancredo Neves*. Brasília, 1985.
- RAPOSO DE ALMEIDA, T. R. *Reformulação do Modelo Assistencial Médico*, São Paulo, Abrafage, 1980. 290 p. (Mimeo.)
- RODRIGUEZ NETO, E. Subsídios para definição de uma política de atenção à Saúde para um governo de transição democrática. *Saúde em Debate*, 17: 12-17, 1985.
- RODRIGUEZ NETO, E. O Social na Nova República. *Revista de Administração Pública*, 21 (4): 10-23, out./dez. 1987.
- RODRIGUEZ NETO, E. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 253-263.
- RODRIGUEZ NETO, E. Saúde: a participação popular na Constituinte. Brasília, 1987a. 8p. (Mimeo.)
- RODRIGUEZ NETO, E. A Saúde na Constituinte. *Caderno CEAC UNB*, ano 1, 1987b, p. 95-102.
- RODRIGUEZ NETO, E. A Constituinte que eu quero. *O Constituinte*, n. 9, 1987c.

- RODRIGUEZ NETO, E. Discurso. Cerimônia de entrega dos relatórios das Subcomissões à Comissão da Ordem Social. Brasília, 1987d. 5p. (Mimeo.)
- RODRIGUEZ NETO, E. Conferência. Reunião da Abrasco em Cachoeira, Bahia. *Saúde em Debate*, 20: 33-38, 1988.
- RODRIGUEZ NETO, E. A via do Parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-91.
- ROSAS, E. J. *A extensão de cobertura dos Serviços Básicos de Saúde; Piass – análise de uma experiência*, 1981, 232p. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- SALLES, F. A. *Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – Primeiro ano*. MPAS/Inamps, 1983. (Depoimento perante a CPI da Previdência Social).
- SARNEY, J. Discurso. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 20-31.
- SCALCO, E. Sistema Único de Saúde – Compromisso a Saldar (discurso). *Saúde em Debate*, 20: 47-48, 1988.
- SOARES, J. *A previdência social do Brasil* (discurso). MPAS, 1979.
- SOARES, J. T. *Política, Partidos e Constituição no Brasil*. Fortaleza: Ed. Unifor, 1987.
- SOUZA Jr., J. G. A Construção Social da Cidadania. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 61-90.
- SOUZA, H. A Nova República e as Políticas Sociais, *Revista de Administração Pública*, 21 (4): 24-30, out./dez. 1987.
- TEIXEIRA, S. M. F. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 91-112.

TEIXEIRA, S. M. F. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira.

Revista de Administração Pública, 21 (4): 94-115, out./dez. 1987.

TEIXEIRA, S. M. F. (Coord.). Estudos das Políticas e estratégias de Construção do Sistema de Saúde: perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira. Relatório parcial. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1988.

TEIXEIRA, S. M. F. Reflexões Teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989.

TEMPORÃO, J. G. *A propaganda de medicamentos e o mito da Saúde*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

ZAIDAN, M. Regimento Interno – Mecanismo Glossário. In: Todos somos constituintes. *Boletim Ceac UnB*, Ano II, n. 9/10, 1988.

Jornais e revistas

VISÃO. Ano XXXVII, n. 21,25/5/88. Matéria de capa: “Constituinte – O Fim da Medicina Privada”.

O ESTADO DE S. PAULO

- Editorial. “Nova Ameaça ao Trabalhador”, 13/5/88.
- “Estatização degrada medicina brasileira”, 21/8/87.
- “Segurança do Trabalho na nova Constituição”, Jorge S. Reis, 21/8/88.

FOLHA DE S. PAULO

- Editorial. “O Estado e a Saúde”, 14/5/88.
- Editorial. “Entendimento na Saúde”, 9/5/88.

- Seção Tendências/Debates: J. Aristodemo Pinotti, “Projeto possibilita continuidade dos trabalhos”; Amélia Cohn, “Quando estatização não é palavrão”; A. C. N. Nassif, “Alterações para adequar o texto”; J. K. Bom, “A parte da saúde na Constituição”, 14/5/88.

CORREIO BRAZILIENSE

- Nota da Plenária da Saúde, 4/5/88.
- Nota da Associação Médica Brasileira, 16/5/88.
- Nota da Federação Brasileira de Hospitais, 01/5/88.

Referências Bibliográficas dos Organizadores

- BRAGA, J. C. S & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- CORDEIRO, H. Políticas de saúde no Brasil: 1970-1980. In: IBASE. *Saúde e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- RODRIGUES, R. & BORGES, C. O medo mora ao lado. O *Popular*, Goiânia. Disponível em: <<http://www.cidadesdobrasil.com.br/geral/geralo4p3.htm>>. Acesso em: 8 maio 2003.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

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

AIS – Ações Integradas de Saúde.

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

AMB – Associação Médica Brasileira.

BA – Estado Burocrático Autoritário. (O'Donnell)

Ceac – Centro de Estudos e Acompanhamento da Assembleia Nacional Constituinte.

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Cerne – Central de Medicamentos.

CFM – Conselho Federal de Medicina.

CGT – Confederação Geral dos Trabalhadores.

Cipa – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Ciplan – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação.

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Conasp – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária.

Conam – Conselho Nacional de Associações de Moradores.

CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

Copag – Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves.

CUT – Central Única dos Trabalhadores.

DG – Direção Geral do Inamps.

Diap – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar.

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social.
FPAS – Fundo de Previdência e Assistência Social.
FBH – Federação Brasileira de Hospitais.
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
Finsocial – Fundo de Investimento Social.
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz.
FSESP – Fundação de Serviços de Saúde Pública.
GIH – Guia de Internação Hospitalar.
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
Inan – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.
Inesc – Instituto de Estudos Socioeconômicos.
Ipea – Instituto de Planejamento Econômico e Social.
MEB – Movimento de Educação de Base.
MEC – Ministério de Educação e Cultura.
Minter – Ministério do Interior.
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social.
MS – Ministério da Saúde.
MTb – Ministério do Trabalho.
Nesp – Núcleo de Estudos em Saúde Pública.
Pais – Programa de Ações Integradas de Saúde.
PAM – Posto de Assistência Médica.
Pasep – Programa de Apoio ao Servidor Público.
Piass – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento.
PIS – Programa de Integração Social.
PLS – Departamento de Planejamento de Saúde do Inamps.
Prevsauúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.
PDS – Partido Democrático Social.

PCB – Partido Comunista Brasileiro.

PC do B – Partido Comunista do Brasil.

PDT – Partido Democrático Trabalhista.

PFL – Partido da Frente Liberal.

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

PSB – Partido Socialista Brasileiro.

PT – Partido dos Trabalhadores.

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro.

Seplan – Secretaria de Planejamento da Presidência da República.

Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

Suds – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

UnB – Universidade de Brasília.

USP – Universidade de São Paulo.

ANEXO 1

Quadro evolutivo das propostas sobre saúde no processo constituinte

Propostas	Direitos e Deveres
Emenda Popular	<p>Art. 1º A saúde é um direito inalienável da pessoa humana, sem qualquer fator de discriminação, sendo assegurado pelo Poder Público constituído a toda população do País.</p> <p>§ 1º O direito à saúde implica nos seguintes direitos fundamentais.</p> <ul style="list-style-type: none">I - acesso à terra e aos meios de produção;II - condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;III - respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;IV - desenvolvimento do saneamento básico domiciliar, inclusive no caso de habitações subnormais até que seja realizada a sua total erradicação através de reforma urbana;V - informações sobre os riscos de adoecer e morrer incluindo condições individuais e coletivas de saúde;VI - dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito a escolha e a recusa;VII - recusa ao trabalho em ambientes insalubres, perigosos ou que representem risco grave ou iminente, enquanto não forem adotadas medidas para sua eliminação, sendo vedada qualquer punição ou redução de remuneração;VIII - opção quanto ao tamanho da prole. <p>§ 2º Todas as pessoas, independentemente da natureza de sua deficiência ou doença, gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta constituição.</p> <p>Art. 2º É dever do Estado</p> <ul style="list-style-type: none">I - implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir os riscos de doenças e outros agravos à saúde;II - normatizar, executar e controlar o conjunto das ações e serviços destinados à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde como uma função de natureza pública;III - garantir o acesso universal, gratuito e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis.

Propostas	Direitos e Deveres
Subcomissão de Saúde	<p>Art. 1º A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.</p> <p>§ 1º O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.</p> <p>§ 2º A lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo.</p>
Comissão da Ordem Social	<p>Art. 50 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.</p> <p>Art. 51 - O Estado assegura o direito à saúde mediante:</p> <p>I - implementação de políticas econômicas e sociais que visem eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde;</p> <p>II - acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um.</p> <p>Art. 61 - É garantido a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de seus filhos, vedado todo o tipo de prática coercitiva por parte do Poder Público e de entidades privadas.</p> <p>§ 1º - O Estado assegura acesso à educação, à informação e aos métodos científicos de regulação da fecundidade que não atentem contra a saúde, respeitado o direito de opção individual.</p>
Comissão de Sistematização	<p>Art. 232 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.</p>
Centrão	<p>Art. 229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.</p> <p><i>Parágrafo único</i> - O Poder Público assegurará a todos, mediante políticas econômicas e sociais adequadas, meios que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e que permitam o acesso universal igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.</p>
Outros*	<p>Roberto Jefferson (PTB): "A saúde é direito de todos e dever do cidadão, da família e do Estado".</p>
Plenário 1º Turno	<p>Art. 229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.</p> <p>Art. 263 - § 6º - Fundado nos princípios de dignidade da pessoa humana, e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.</p>

Propostas	Direitos e Deveres
	<p>§ 7º - O Estado assegura a assistência à família na pessoa dos membros que a integram criando mecanismos para coibir a violência no âmbito dessas relações.</p> <p>Art. 264 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.</p> <p>§ 1º - O Estado promoverá, conjuntamente com entidades não governamentais, programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, obedecendo aos seguintes princípios.</p>

Propostas	Organização do Sistema
Emenda Popular	<p>IV - Assegurar a formulação, execução e controle da Política Nacional de Saúde, segundo as seguintes diretrizes:</p> <p>a) Integração das ações e serviços com comando político administrativo único em cada nível de governo;</p> <p>b) Integralidade e unidade na prestação das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;</p> <p>c) Descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos estados e municípios;</p> <p>d) Participação em nível de decisão de entidades representativas de usuários e profissionais de saúde na formulação, gestão e controle das políticas e das ações de saúde em todos os níveis.</p>
Subcomissão de Saúde	<p>Art. 2º - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo como os seguintes princípios:</p> <p>I - comando administrativo único em cada nível de governo;</p> <p>II - integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;</p> <p>III - gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;</p> <p>IV - participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.</p>
Comissão da Ordem Social	<p>Art. 52 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p>

Propostas	Organização do Sistema
	<p>I - comando administrativo único exclusivo em cada nível de governo;</p> <p>II - atendimento integral e completo nas ações de saúde;</p> <p>II - descentralização político-administrativa em nível de Estados e Municípios;</p> <p>IV - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal.</p>
Comissão de Sistematização	<p>Art. 233 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - comando administrativo único em cada nível de governo;</p> <p>II - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas;</p> <p>III - descentralização político-administrativa;</p> <p>IV - participação da comunidade.</p>
Centrão	<p>Art. 230 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - direção única em cada região ou sub-região administrativa;</p> <p>II - prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III - descentralização;</p> <p>IV - participação da comunidade.</p>
Outros*	<p>“Hércules IV”:</p> <p>Art. 196 - § 1º As ações e serviços de saúde deverão integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema unificado, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>a) administração unificada em cada nível de governo;</p> <p>b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas;</p> <p>c) descentralização político-administrativa nos diferentes níveis de governo;</p> <p>d) participação da comunidade.</p>
Plenário 1º Turno	<p>Art. 231 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:</p> <p>I - descentralização, com direção única em cada nível de governo;</p> <p>II - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;</p> <p>III - participação da comunidade.</p>

Propostas	Relação Público/Privado
Emenda Popular	<p>Art. 2º É dever do Estado:</p> <p>II - Normatizar, executar e controlar o conjunto das ações e serviços destinados à promoção, à proteção, à recuperação e à reabilitação da saúde como uma função da natureza pública;</p> <p>Art. 3º O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional de saúde.</p> <p>Disposições Transitórias:</p> <p>I - As instituições sem fins lucrativos poderão ser chamadas a colaborar na cobertura assistencial à população sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público. A Lei Complementar definirá os parâmetros para que uma entidade sem fins lucrativos possa ser enquadrada neste item.</p> <p>IV - Fica vedada a transferência dos recursos públicos para investimento e custeio às instituições privadas com fins lucrativos na assistência à saúde. A compra transitória de serviços a estas instituições se dará mediante contrato de direito público.</p> <p>V - Dentro de dez anos fica vedada a transferência, sob qualquer título, de recursos públicos às instituições com fins lucrativos na assistência à saúde.</p>
Subcomissão de Saúde	<p>Art. 4º - As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.</p> <p>§ 1º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.</p> <p>§ 2º - O Poder Público pode intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, mediante justa indenização em moeda corrente.</p> <p>§ 3º - Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.</p> <p>Art. 6º - É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização dos serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.</p>
Comissão da Ordem Social	<p>Art. 55 - As ações de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado sua regulação, execução e controle.</p> <p>Art. 56 - E assegurada, na área da saúde, a liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados na forma da lei e de acordo com os princípios da política nacional de saúde.</p>

	<p>§ 1º - É vedada a destinação de recursos públicos para investimentos em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.</p> <p>§ 2º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode participar de forma complementar na assistência à saúde da população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência e tratamento especial as entidades filantrópicas.</p> <p>§ 3º - O Poder Público pode intervir nos serviços de saúde de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, bem como desapropriá-los.</p> <p>§ 4º - Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.</p> <p>Art. 61 - Os recursos internos ou externos, de entidades públicas ou privadas, nacionais, estrangeiras ou internacionais destinados a financiamento de programas de pesquisa ou assistência na área de planejamento familiar, só poderão ser utilizados após autorização do órgão máximo do Sistema Único de Saúde.</p>
Comissão de Sistematização	<p>Art. 234 - Cabe ao Poder Público a regulamentação, a execução e o controle das ações e serviços de saúde.</p> <p>§ 1º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma supletiva do sistema único de saúde, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.</p> <p>§ 2º - É vedada a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País, conforme dispuser a lei.</p> <p>Art. 233 - § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos a instituições privadas de saúde com fins lucrativos.</p>
Centrão	<p>Art. 231 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</p> <p>§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Nacional Único de Saúde, mediante contrato ou convênio, tendo preferência para este fim as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.</p> <p>§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para subvencionar instituições privadas de saúde com fins lucrativos.</p> <p>§ 3º - É vedada a participação no Sistema Único de Saúde às empresas e capitais estrangeiros, salvo nos casos previstos em lei.</p>
Outros*	<p>Carlos Sant'Anna (PMDB)</p> <p>Art. 234 - As ações e serviços de saúde são de natureza pública.</p> <p>§ 1º - Cabe ao Poder Público regulamentar e promover a execução e o controle das ações e serviços de saúde.</p>

	<p>§ 2º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato ou convênio, tendo preferência, para este fim, as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.</p> <p>§ 3º - É vedada a destinação de serviços públicos orçamentários para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.</p> <p>§4º - É vedada a participação no Sistema Nacional Único de Saúde de empresas e capitais de procedência estrangeira, salvo nos casos previstos em lei.</p>
Plenário 1º Turno	<p>Art. 230 - As ações de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.</p> <p>Art. 232 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.</p> <p>§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.</p> <p>§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.</p> <p>§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo os casos previstos em lei.</p>

Propostas	Financiamento
Emenda Popular	<p>Art. 7º - O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será promovido com recursos fiscais e parafiscais com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única através do Fundo Único de Saúde nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.</p> <p><i>Parágrafo único</i> - O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal, corresponderá anualmente a treze por cento das respectivas receitas.</p> <p>II - A Previdência Social alocará o mínimo de quarenta e cinco por cento da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde.</p> <p>III - Os recursos da Previdência Social, destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcançar o equivalente a dez por cento do Produto Interno Bruto.</p>

Propostas	Financiamento
Subcomissão de Saúde	<p>Art. 3º - O Sistema Único é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, com recursos provenientes da receita tributária.</p> <p>§ 1º - Os Fundos Estaduais e Municipais são constituídos com recursos oriundos dessas Unidades político-administrativas e do Fundo Nacional.</p> <p>§ 2º - Os dispêndios nacionais destinados à saúde não serão inferiores à dez por cento do Produto Interno Bruto.</p> <p>Art. 14 - Os atuais recursos da Previdência Social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto</p>
Comissão da Ordem Social	<p>Art. 40 - A Seguridade Social será financiada compulsoriamente por toda sociedade, de forma direta e indireta, mediante as contribuições sociais, bem como recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.</p> <p>§ 1º - As contribuições sociais a que se refere o <i>caput</i> deste artigo são as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, faturamento e sobre o lucro; II - contribuição dos trabalhadores; III - contribuição incidente sobre a renda de atividade agrícola; IV - contribuição sobre o patrimônio líquido das pessoas físicas; V - contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos; VI - adicional sobre os prêmios dos seguros privados. <p>§ 2º - A lei poderá instituir outras contribuições destinadas a garantir a manutenção ou expansão da Seguridade Social.</p> <p>Art. 41 - A folha de salários é base exclusiva da Seguridade Social e sobre ela não poderá incidir qualquer outro tributo ou contribuição.</p> <p>Art. 42 - As contribuições sociais a que se refere o art. 40 e os recursos provenientes do orçamento da União comporão o Fundo Nacional de Seguridade Social, na forma da lei.</p> <p><i>Parágrafo único</i> - Toda contribuição social instituída pela União destina-se exclusiva e obrigatoriamente ao Fundo a que se refere este artigo.</p> <p>Art. 43 - A programação do Fundo Nacional de Seguridade Social será feita de forma integrada com a participação dos órgãos responsáveis pelas áreas de Saúde, de Previdência Social e de Assistência Social, que terão assegurada sua autonomia na gestão dos recursos.</p> <p><i>Parágrafo único</i> - O Fundo Nacional de Seguridade Social destinará à saúde, no mínimo, o equivalente a trinta por cento da sua receita, excluídas as do Fundo de Garantia do Seguro Desemprego e do Fundo de Garantia do Patrimônio Individual.</p>

Propostas	Financiamento
	<p>Art. 44 - O orçamento do Fundo Nacional de Seguridade Social será elaborado anualmente e submetido à apreciação do Congresso Nacional, obedecidos os prazos e demais condições de tramitação dos orçamentos da União.</p> <p>Art. 45 - O orçamento anual de gastos tributários será submetido à apreciação do Congresso Nacional obedecidos os prazos e demais condições do orçamento da União.</p> <p>Art. 46 - Os financiamentos de programas sociais com recursos do Fundo Nacional de Seguridade Social serão centralizados em uma instituição financeira governamental que será responsável também pela administração do Fundo de Garantia do Patrimônio Individual a que se refere o § 2º do art. 2º deste título.</p> <p>Art. 47 - Nenhuma prestação de benefício ou de serviço compreendido na Seguridade Social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.</p> <p>Art. 48 - A lei instituirá o processo pelo qual a população poderá representar contra o Poder Público nos casos de insuficiente ou inadequado atendimento pelos órgãos de Seguridade Social.</p> <p>Art. 49 - A lei regulará a responsabilidade solidária dos dirigentes e administradores pelo descumprimento das obrigações legais das empresas em relação à Seguridade Social.</p> <p>Art. 53 - o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do Fundo Nacional de Seguridade Social e com recursos de receitas dos Estados e Municípios.</p>
Comissão de Sistematização	<p>Art. 231 - A Seguridade Social será financiada compulsoriamente por toda sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais, e recursos provenientes da receita tributária da União, na forma de lei.</p> <p>§ 1º - As contribuições sociais a que se refere o <i>caput</i> deste artigo são as seguintes:</p> <p>I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro, ressalvadas as contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários, destinadas à manutenção das entidades de serviço social e de formação profissional;</p> <p>II - contribuição dos trabalhadores;</p> <p>III - contribuição sobre a receita de concursos de prognóstico.</p> <p>§ 2º - São isentas de contribuição para Seguridade Social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.</p>

Propostas	Financiamento
	<p>§ 3º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da Seguridade Social, observando o disposto do art. 174.</p> <p>§ 4º - Nenhuma prestação de benefício ou serviço compreendidos na Seguridade Social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio.</p> <p>§ 5º - O orçamento da Seguridade Social será elaborado de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela Saúde, Assistência e Previdência Social, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos orçamentários.</p> <p>Art. 232 - § 1º - O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, além de outras fontes.</p>
Centrão	<p>Disposições Transitórias:</p> <p>Art. 31 - Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento do orçamento da Seguridade Social, exclusive o seguro desemprego, serão destinadas ao Setor Saúde.</p> <p>Art. 228 - A Seguridade Social será financiada pela sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.</p> <p>§ 1º - As contribuições sociais a que se refere o <i>caput</i> deste artigo são as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, ou sobre o faturamento, ressalvadas as contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários, destinadas às suas entidades privadas de serviço social e de formação profissional; II - contribuição dos trabalhadores; III - contribuição sobre a receita de concursos de prognóstico; IV - outras contribuições previstas em lei. <p>§ 2º - São isentas de contribuição para a Seguridade Social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.</p> <p>§ 3º - Nenhum benefício ou serviço adicional da Seguridade Social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio.</p> <p>§ 4º - O orçamento da Seguridade Social será elaborado de forma integrada, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.</p>

Propostas	Financiamento
	<p>Art. 230 - § 1º - O Sistema Nacional Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social e do Orçamento da União.</p> <p>§ 2º - A união organizará e regulamentará o disposto neste artigo, observada a autonomia dos Estados e dos Municípios.</p> <p>Disposições Transitórias:</p> <p>Art. 29 - Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento do orçamento da seguridade social, exclusive o seguro desemprego, serão destinados ao Setor Saúde.</p>
Outros*	<p>Abigail Feitosa (PSB)</p> <p>O Sistema Unico de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social e por no mínimo treze por cento das receitas da União, dos Estados, Municípios, Territórios e Distrito Federal, além de outras fontes.</p>
Plenário 1º Turno	<p>Art. 228 - A Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, da forma direta ou indireta, mediante contribuições sociais e outros recursos provenientes do orçamento da União, dos Estados, dos Territórios, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma da lei.</p> <p>§ 1º - As receitas dos Estados, Territórios, Distrito Federal e dos Municípios destinadas à Seguridade Social, constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.</p> <p>§ 2º - As contribuições sociais a que se refere o <i>caput</i> deste artigo são os seguintes:</p> <p>I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;</p> <p>II - contribuição dos trabalhadores;</p> <p>III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.</p> <p>§ 3º - Ficam ressalvadas as atuais atribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários destinada às entidades privadas de serviço social e formação profissional hoje existentes, vinculadas ao sistema sindical.</p> <p>§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 174.</p> <p>§ 5º - São isentas de contribuição para a Seguridade Social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.</p> <p>§ 6º - Nenhum benefício ou serviço de Seguridade Social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.</p> <p>§ 7º - A proposta de orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela Saúde, Previdência Social e Assistência Social, obedecendo as metas e prioridades estabelecidas na</p>

Propostas	Financiamento
	<p>lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.</p> <p>§ 8º - As contribuições de que trata este artigo só poderão ser exigidas depois de decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado.</p> <p>§ 9º - A pessoa jurídica em débito com o sistema de Seguridade Social, como estabelecimento em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.</p> <p>SEÇÃO I - DA SAÚDE</p> <p>Art. 231 - <i>Parágrafo único</i> - O Sistema Único de Saúde será financiado com recurso do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, além de outras fontes.</p> <p>I - percentual dos recursos públicos destinados à saúde será aplicado na assistência de saúde materno infantil.</p> <p>* D. T.: (30%) (ainda não votada).</p>

Propostas	Atribuições do SUS (recursos Humanos, Insumos e Vigilância)
Emenda Popular	<p>Art. 4º - As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico para o setor saúde serão subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Nacional de Saúde.</p> <p><i>Parágrafo único</i> - A política de recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde garantirá aos profissionais de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano de cargos e salários com alternativas de carreiras; • Remuneração condigna; • Isonomia e equiparação salarial nos níveis Federal, Estadual e Municipal com equiparação entre ativos e inativos; • Admissão através de concurso público; • Incentivo à dedicação exclusiva e tempo integral; • Capacitação e reciclagem permanentes; • Direito à sindicalização e à greve; • Condições adequadas de trabalho para a execução de suas atividades em todos os níveis. <p>Art. 5º - O Poder Público terá o monopólio da importação de matéria-prima química-farmacêutica e organizará um sistema estatal de produção e distribuição, sob o princípio da soberania nacional, de componentes farmacêuticos básicos, medicamentos, produtos químicos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, estabelecendo uma relação básica de produtos com rigoroso controle de qualidade, visando suprir toda a demanda e torná-los acessíveis à toda população.</p>

Propostas	Atribuições do SUS (recursos Humanos, Insumos e Vigilância)
Subcomissão de Saúde	<p>Art. 5º - As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde serão subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde.</p> <p>§ 1º - Cabe ao Poder Público disciplinar, controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional.</p> <p>§ 2º - É dever do Estado exercer o controle das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de seu uso.</p> <p>Art. 11 - Compete ao estado, através do Sistema Único de Saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados no Território Nacional.</p>
Comissão da Ordem Social	<p>Art. 54 - Compete ao Estado, mediante o Sistema Único de Saúde:</p> <p>I - formular políticas e elaborar planos de saúde;</p> <p>II - prestar assistência integral à saúde individual e coletiva;</p> <p>III - disciplinar, controlar e estimular a pesquisa sobre medicamentos, equipamentos, produtos imunobiológicos e hemoderivados e outros insumos de saúde, bem como participar de sua produção e distribuição, com vistas à preservação da soberania nacional;</p> <p>V - controlar a produção e comercialização dos produtos tóxicos inebriantes pelo abuso, e estabelecer os princípios básicos para prevenção de sua utilização inadequada;</p> <p>VI - controlar o emprego de técnicas e métodos nocivos à saúde pública e ao meio ambiente, bem como a produção, comercialização e utilização de substâncias igualmente lesivas àqueles bens;</p> <p>VII - controlar a qualidade do meio ambiente, inclusive o do trabalho;</p> <p>VIII - controlar as atividades públicas e privadas relacionadas a experimentos com seres humanos, a fim de garantir o respeito aos valores éticos.</p> <p>Art. 58 - As políticas relativas à formação e à utilização de recursos humanos, aos insumos, aos equipamentos, às pesquisas e ao desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde e de saneamento básico subordinam-se aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde.</p>
Comissão de Sistematização	<p>Art. 235 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições que a lei estabelecer:</p> <p>I - controlar e fiscalizar a produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, e dela participar;</p> <p>II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde ocupacional;</p>

Propostas	Atribuições do SUS (recursos Humanos, Insumos e Vigilância)
	<p>III - disciplinar a formação e a utilização de recursos humanos e as ações de saneamento básico;</p> <p>IV - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico cujos recursos terão administração unificada;</p> <p>V - controlar e fiscalizar a produção e a qualidade nutricional dos alimentos;</p> <p>VI - estabelecer normas para o controle e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;</p> <p>VII - colaborar na proteção do meio ambiente.</p>
Centrão	<p>Art. 232 - A lei regulamentará o Sistema Nacional Único de Saúde, com as seguintes atribuições, além de outras que estabelecer:</p> <p>I - fiscalizar a produção e controlar a qualidade de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, e dela participar;</p> <p>II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e cooperar com a saúde ocupacional;</p> <p>III - orientar a formação e a utilização de recursos humanos e as ações de saneamento básico, na área de seu interesse imediato;</p> <p>IV - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;</p> <p>V - fiscalizar a produção e controlar a qualidade nutricional dos alimentos;</p> <p>VI - estabelecer normas para o controle e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;</p> <p>VII - colaborar para proteção do meio ambiente.</p>
Outros*	<p>Aldo Arantes (PC do B)</p> <p>Constituirá monopólio da União a importação de medicamentos e matérias-primas básicas de indústrias farmacêuticas.</p>
Plenário 1º Turno	<p>Art. 233 - Ao Sistema Único de Saúde compete, nos termos da lei, além de outras atribuições:</p> <p>I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;</p> <p>II - executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador;</p> <p>III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;</p> <p>IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;</p> <p>V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico tecnológico;</p>

Propostas	Atribuições do SUS (recursos Humanos, Insumos e Vigilância)
	<p>VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, inclusive controlar o seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;</p> <p>VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;</p> <p>VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho.</p>

Propostas	Saúde Ocupacional
Emenda Popular	<p>Art. 6º - O Estado garante o direito à proteção, à segurança e à higiene do trabalho. O processo produtivo será organizado de modo a garantir a saúde e a vida dos trabalhadores, cabendo ao serviço público de saúde e às organizações dos trabalhadores participar na formulação da legislação, fiscalizar e controlar as condições dos equipamentos, dos ambientes e da organização do trabalho.</p> <p><i>Parágrafo único</i> - As pessoas que detêm o poder de decisão sobre a organização no processo produtivo serão responsabilizadas judicialmente pelos acidentes e doenças relacionadas às condições de trabalho.</p>
Subcomissão de Saúde	<p>Art. 7º - A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:</p> <p>I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças profissionais e do trabalho;</p> <p>II - informação a respeito dos riscos que o trabalho representa à saúde, dos resultados das avaliações realizadas e dos métodos de controle;</p> <p>III - recusa do trabalho em ambientes que não tiverem os seus riscos controlados, com garantia de permanência no emprego;</p> <p>IV - participação na gestão dos serviços relacionados à segurança e saúde, dentro e fora dos locais de trabalho;</p> <p>V - livre ingresso, nos locais de trabalho, de representantes do sindicato para ouvir os empregados a respeito das condições de trabalho;</p> <p>VI - acompanhamento da ação fiscalizadora referente à segurança, à higiene e à medicina do trabalho.</p>
Comissão da Ordem Social	<p>Art. 57 - A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:</p> <p>I - medidas que visam à eliminação de riscos de acidente e doenças do trabalho;</p> <p>II - informação a respeito de atividades que comportem riscos à saúde e dos métodos de controlá-los;</p> <p>III - direito de recusa ao trabalho em ambientes sem controle adequado de riscos, com garantia de permanência no emprego;</p>

Propostas	Saúde Ocupacional
	IV - participação na gestão dos serviços internos e externos aos locais de trabalho, relacionados à segurança e medicina do trabalho, acompanhando a ação fiscalizadora do ambiente
Comissão de Sistematização	II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde ocupacional.
Centrão	II - executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica e cooperar com a saúde ocupacional.
Outros*	<p>Bocayuva Cunha (PDT) Supressão da Saúde Ocupacional. Eduardo Jorge (PT)</p> <p>Art. - Para garantir os direitos previstos no inciso XIX do art. 7º será assegurado ao trabalhador:</p> <p>I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidentes, doenças profissionais e do trabalho sendo o processo produtivo organizado de modo a garantir a saúde e a vida dos trabalhadores;</p> <p>II - informação a respeito de atividades que comportem riscos à saúde, dos métodos de controlá-los e dos resultados das avaliações realizadas;</p> <p>III - participação na gestão dos serviços internos e externos aos locais de trabalho, relacionados à segurança e medicina do trabalho, acompanhando a ação fiscalizadora do ambiente;</p> <p>IV - direito de recusa ao trabalho em ambientes que tiverem seus controles de risco à vida e à saúde em desacordo com as normas em vigor, com garantia de permanência no emprego e sem redução salarial;</p> <p>V - livre ingresso aos locais de trabalho de representantes sindicais para ouvir os empregados a respeito das condições de trabalho e acompanhamento da ação fiscalizadora referente à segurança, à higiene e à medicina do trabalho;</p> <p>VI - estabilidade àquele que sofrer acidente de trabalho com perda irreparável e aos portadores de doenças profissionais.</p> <p><i>Parágrafo único</i> - As pessoas que detêm o poder de decisão sobre a organização do processo produtivo serão responsabilizadas civil e criminalmente pelos acidentes e doenças relacionadas às condições de trabalho, todas as vezes que ficar comprovado que as normas de controle do ambiente de trabalho estiverem sendo desrespeitadas.</p>
Plenário 1º Turno	II - executar os atos de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador.

Propostas	Transplante e Comercialização de Órgãos e Tecidos
Emenda Popular	<i>Parágrafo único</i> - Fica proibido o comércio de órgãos e de elementos do corpo humano.
Subcomissão de Saúde	Art. 9º - É permitida a remoção de órgãos e tecidos de cadáveres humanos para fim de transplante não havendo disposição contrária em vida do <i>de cuius</i> e nem manifestação proibitiva da família. § 1º - A remoção dos órgãos e tecidos somente se dará após constatação da morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina. § 2º - É permitida a doação espontânea de órgãos por doadores vivos, maiores e capazes, cuja retirada não implique em prejuízo à saúde. § 3º - É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.
Comissão da Ordem Social	Art. 62 - A Lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos e tecidos humanos para fins de transplante é de pesquisa. <i>Parágrafo único</i> - É vedado todo tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.
Comissão de Sistematização	§ 3º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante e pesquisa, vedado todo tipo de comercialização.
Centrão	§ 4º - A lei disporá sobre remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante e pesquisa, vedado todo tipo de comercialização.
Outros*	Carlos Sant'Anna (PMDB), José Fogaça (PMDB), Mário Maia (PDT), Eduardo Jorge (PT), Raimundo Bezerra (PMDB), fusão: Jamil Haddad (PSB). Art. 231 - § 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, vedado todo tipo de comercialização.
Plenário 1º Turno	§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão do sangue e seus derivados, vedado todo tipo de comercialização.

Propostas	Propaganda de Medicamentos
Emenda Popular	
Subcomissão de Saúde	Art. 8º - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas. <i>Parágrafo único</i> - É permitida a divulgação científica de medicamentos e formas de trabalho junto aos profissionais de saúde.
Comissão da Ordem Social	Art. 59 - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento de saúde, tabaco, bebidas alcoólicas e agrotóxicos.
Comissão de Sistematização	Art. 256 - § 1º (...) A lei criará os instrumentos necessários para defender a pessoa. II - da propaganda comercial de produtos e serviços que possam ser nocivos à saúde.
Centrão	Art. 251 - (...) II - da propaganda comercial de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde.
Outros*	José Elias Murad (PTB) A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, formas de tratamento, medicamentos e agrotóxicos tem restrições legais, havendo necessidade de outra propaganda sobre seus decorrentes malefícios, o que se regula-menta de acordo com o inciso II, § 1º do art. 256.
Plenário 1º Turno	A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, formas de tratamen-to, medicamentos e agrotóxicos tem restrições legais, havendo necessidade de outra propaganda sobre seus decorrentes malefícios, o que se regula-menta de acordo com o inciso II, § 1º do art. 256.

ANEXO 2

Sequência de textos: propostas constitucionais sobre saúde

- DOC 1 Deputado Carlos SanfAnna, proposta apresentada à 8ª Conferência Nacional de saúde, março 1986
- DOC 2 Projeto apresentado pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), março 1986
- DOC 3 Proposta da Comissão de Estudos Pró-Constituintes da Câmara Municipal de São Paulo, 1986
- DOC 4 Comissão Afonso Arinos, setembro 1986
- DOC 5 Proposta aprovada pelo I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco), setembro 1986
- DOC 6 Proposta do Conselho Federal de Medicina (CFM), março 1987
- DOC 7 Proposta aprovada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, março 1987
- DOC 8 Projeto apresentado pela bancada do Partido dos Trabalhadores (PT), maio 1987
- DOC 9 Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, 1ª versão
- DOC 10 Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, versão final
- DOC 11 Comissão da Ordem Social, versão preliminar do relator (I)

- DOC 12 Comissão da Ordem Social, versão preliminar (II)
- DOC 13 Comissão da Ordem Social, 1ª versão
- DOC 14 Comissão da Ordem Social, 2ª versão
- DOC 15 Comissão da Ordem Social, versão final
- DOC 16 Emenda popular apresentada pela Plenária da Saúde
- DOC 17 Emenda popular apresentada pelas entidades de profissionais de Mato Grosso do Sul
- DOC 18 Emenda popular apresentada pelo Instituto Brasileiro de Medicina Natural e outros
- DOC 19 Emenda popular apresentada pela Federação Nacional de Associações de Medicina Alternativa
- DOC 20 Emenda popular apresentada pela Comissão de Psicologia Pró-Constituinte
- DOC 21 Emenda popular apresentada pelo Setor Privado (Fenaess, FBH, Abramge)
- DOC 22 Projeto “Ícaro”, Grupo dos 32 - senador José Richa, fase da Comissão de Sistematização
- DOC 23 Projeto “Hércules”, Grupo dos 32, fase da Comissão de Sistematização
- DOC 24 Proposta do “Grupo do Consenso”, setembro 1987
- DOC 25 Texto alternativo apresentado ao “Grupo do Consenso”
- DOC 26 “Grupo do Consenso” - deputado Euclides Scalco, fase da Comissão de Sistematização
- DOC 27 Proposta apresentada pelo ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, ao relator Bernardo Cabral, fase da Comissão de Sistematização
- DOC 28 Comissão de Sistematização, 1ª e 2ª versões (iguais)
- DOC 29 Proposta elaborada pelo Movimento Sanitário para negociação na fase final da Comissão de Sistematização

- DOC 30 Comissão de Sistematização (texto final)
- DOC 31 Proposta preliminar do “Centrão”, dezembro 1987
- DOC 32 Substitutivo do “Centrão”
- DOC 33 Projeto “Hércules IV”, Grupo dos 32, fase de plenário
- DOC 34 Texto alternativo para a fase de negociação final, Movimento Sanitário, 21 de abril de 1988.
- DOC 35 Proposta para negociação apresentada pelo senador Almir Gabriel, fase final
- DOC 36 Proposta para negociação apresentada por representantes do “Centrão”
- DOC 37 Proposta para negociação apresentada pelo deputado Adolfo de Oliveira (PL) DOC 38 Nova proposta de negociação, maio de 1988
- DOC 39 Plenário, texto aprovado no 1º turno, 17 de maio de 1988
- DOC 40 Constituição da República Federativa do Brasil, outubro de 1988

DOC 01

Deputado Carlos Sant’Anna

Proposta apresentada à 8ª Conferência Nacional de saúde Março 1986

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

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

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

- a) criar condições econômicas, sociais, políticas e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice;
- b) promover a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, assim como a promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e de amplo desenvolvimento da educação sanitária do povo;
- c) garantir o acesso universal, geral e gratuito de todos os brasileiros, independentemente de sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- d) garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar em todo o País;
- e) orientar sua ação para a socialização da medicina;
- f) disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, que deverão se organizar como concessionárias de serviço público essencial.
- g) disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de alimentos, produtos químicos, agrotóxicos, produtos biológicos e imunobiológicos e farmacêuticos;
- h) definir a política nacional de saúde;
- i) garantir correta e adequada política de saúde ocupacional e de proteção ambiental.

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

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

Art. 4º - lei especial disporá sobre a garantia por parte da União ao direito à proteção à saúde, estruturando todos os órgãos públi-

cos prestadores de serviços de saúde em sistema único, sob comando ministerial único, e mediante os seguintes postulados:

- a) as ações de saúde deverão se desenvolver sob os princípios da universalização e equidade, de forma racionalizada, hierarquizada, regionalizada, descentralizada, referenciada e contrarreferenciada;
- b) a descentralização do sistema terá nas Unidades Federativas, os Estados, as unidades coordenadoras das ações de planejamento, execução e avaliação da política de saúde, cabendo aos Municípios papel predominantemente operacionalizador;
- c) mecanismos de participação da sociedade organizada serão estabelecidos na formulação, controle da execução e da avaliação das políticas de saúde em todos os níveis do sistema;
- d) estratégias gradualistas poderão ser implantadas, visando, prioritariamente, às populações carentes e aos grupos de risco, sendo a meta a universalização e a equidade absoluta entre todos os segmentos sociais e as diversas regiões do País.

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

DOC 02

Projeto apresentado pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB)

Março 1986

CAPÍTULO II - SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

85 - A previdência social é monopólio do poder público. É proibido às empresas nacionais ou estrangeiras explorarem, com ou

sem fins lucrativos, caixas de aposentadoria ou seguro social, ou qualquer área a ela destinada.

86 - Compete ao poder público criar um sistema unificado de saúde, gratuito, universal, federado, equitativo, descentralizado e de gestão democrática. A iniciativa privada de capital exclusivamente nacional pode participar, de forma complementar à rede oficial, sob a forma de permissão dos serviços de saúde.

87 - A direção da previdência social e do sistema unificado de saúde será exercida, paritariamente, por representantes do Governo e dos trabalhadores, assegurada a presença de representantes dos empregadores.

88- O custeio da previdência social será financiado por um fundo constituído de contribuição dos trabalhadores, dos empregadores e de recolhimento sobre os ganhos de capital.

89 - O custeio do sistema unificado de saúde decorrerá da destinação de um mínimo de doze por cento do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e por vinte e cinco por cento da arrecadação previdenciária.

90 - A previdência social será beneficiária preferencial nos planos de sorteio explorados pelo Setor Público, ou dados em concessão.

DOC 03

Proposta da Comissão de Estudos Pró-Constituintes da Câmara Municipal de São Paulo

1986

Art. 1º - A saúde é um direito inalienável do cidadão e interesse da comunidade, a quem cabe defendê-la e promovê-la.

Art. 2º - Compete exclusivamente ao Estado brasileiro a formulação, execução e controle da política de saúde.

Art. 3º - O Estado brasileiro garante o direito à saúde, através de:

- a) condições dignas de moradia, alimentação, educação, transporte, lazer, esporte e trabalho para todos;
- b) preservação da ecologia e controle da poluição ambiental, bem como de seus efeitos;
- c) um sistema nacional de saúde – único, universal, gratuito e descentralizado, com participação popular na formulação, execução e controle das ações de saúde – que contemple todas as faixas etárias da população com atenção preventiva, curativa e de reabilitação. As formas empresariais de medicina existentes articulam-se, obrigatoriamente, ao sistema nacional de saúde e por ele são fiscalizadas, podendo sofrer intervenção do Estado, a qualquer momento, desde que a bem do interesse da comunidade;
- d) controle da produção e comercialização de produtos químicos, farmacêuticos e de equipamentos afins, dentro do princípio de soberania nacional. A propaganda comercial de marcas de produtos químicos ou farmacêuticos é proibida em todo o território nacional;
- e) um sistema de segurança social:
 - custeado por contribuição da União, empregados e empregadores. A parte da União deve atingir, pelo menos, a terça parte do custeio total;
 - administrada paritariamente por União, empregados e empregadores;
 - abrangendo os casos de doença, velhice, invalidez, acidentes de trabalho, proteção da maternidade, desemprego involuntário, aposentadoria e morte, bem como para os casos

de infância desamparada e os que não consigam condições dignas de sobrevivência.

Art. 4º - Ninguém pode ser submetido a qualquer medida que viole o direito à dignidade humana.

DOC 04

Comissão Afonso Arinos

Setembro 1986

CAPÍTULO III - DA SAÚDE

Art. 354 - É dever do poder público promover e atender a saúde, como o estado de completo bem-estar físico, mental e social de todos, garantindo-lhes condições ambientais e de saneamento.

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

- I - promoção e atendimento da saúde, mediante serviços médicos de seguridade social, com base em recursos orçamentários dos poderes públicos e nos oriundos da seguridade social;
- II - elaboração de um plano nacional de saúde, sob comando unificado e execução descentralizada, visando à assistência universal de seus beneficiários.

Art. 356 - O plano nacional de saúde abrangerá, entre outras iniciativas:

- I - medicina social, compreendendo assistência médico-sanitária preventiva;
- II - medicina curativa, compreendendo assistência médico-hospitalar e multiprofissional;

- III - expansão dos serviços de atenção primária;
- IV - reabilitação;
- V - assistência odontológica preventiva e curativa;
- VI - assistência terapêutica;
- VII - estímulo e amparo ao esporte e à educação física;
- VIII - desenvolvimento da formação da carreira e da organização dos profissionais da saúde.

Parágrafo único - O plano nacional de saúde estimulará o envolvimento da comunidade na proteção e manutenção da saúde.

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

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

Parágrafo único - Fica proibido o comércio de órgãos humanos.

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

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

DOC 05

Proposta¹ aprovada pelo I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco)

Setembro 1986

Art. 1º - A atenção à saúde é um direito assegurado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de discriminação, de acordo com o conhecimento científico, a tecnologia e os recursos disponíveis, com vistas a assegurar a conquista progressiva dos melhores padrões de saúde para a população.

§ 1º - O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os seus níveis.

§ 2º - São consideradas ações próprias de proteção, promoção e recuperação da saúde:

I - Saneamento ambiental;

II - Controle das condições do ambiente de trabalho;

III - Vigilância sanitária sobre alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano;

IV - Controle das condições ambientais;

V - Vigilância epidemiológica e nutricional;

VI - Medidas preventivas específicas contra doenças;

VII - Atenção médico-hospitalar individual;

VIII - Atenção odontológica;

IX - assistência farmacêutica;

¹ A versão inicial foi elaborada por Eleutério Rodriguez Neto, debatida e modificada no I Congresso da Abrasco.

X - Medidas de reabilitação e reintegração;

XI - Educação para a saúde;

XII - Outras pertinentes.

Art. 2º - O conjunto das ações de promoção, proteção e recuperação de saúde é uma função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização e execução.

§ 1º - O setor privado de prestação de serviços de saúde poderá ser chamado a colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público.

§ 2º - A bem da continuidade e qualidade dos serviços, o poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional de saúde.

§ 3º - É assegurada a livre organização dos serviços médico-odontológicos, desde que não subsidiados, subvencionados ou financiados com recurso público e obedecidas as normas técnicas e os preceitos éticos vigentes.

Art. 3º - As ações e serviços de saúde são organizados sob a conformação de um sistema único de saúde com as seguintes características:

I - integração dos serviços, com comando administrativo único em cada esfera de governo, de acordo com as ações de âmbito nacional, de âmbito estadual e de âmbito municipal;

II - integralidade e unidade operacional das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, em termos de promoção, proteção e recuperação da saúde;

III - descentralização político-administrativa, observado o princípio da proximidade entre a ação administrativa e o ato finalístico, assim como as autonomias estaduais e municipais;

IV - reconhecimento da legitimidade das entidades representativas da população na formulação e controle da política e das ações de saúde em todos os níveis com garantia de canais de acesso para essa participação;

V - regionalização e hierarquização da rede de serviços, com adscrição de clientela aos serviços básicos de saúde.

Art. 4º - O financiamento do setor saúde será provido com recursos regulares da União, da previdência social, assim como dos Estados e Municípios.

§ 1º - A previdência social alocará vinte e cinco por cento (mais a porcentagem correspondente a “acidentes de trabalho”) da receita do Fundo de previdência e assistência social (FPAS), ao Setor saúde.

§ 2º - A União, os Estados e os Municípios destinarão doze por cento das suas receitas tributárias ao setor saúde.

§ 3º - A União poderá estabelecer tributos vinculados, destinados ao financiamento do setor.

§ 4º - A integração dos recursos das várias fontes se dará através de Fundo de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, administrados de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores e por representantes de usuários.

Art. 5º - As atribuições do poder público nos níveis federal, estadual e municipal assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do sistema único de saúde serão definidos em uma lei do sistema nacional de saúde e outras leis ordinárias destinadas à normatização de aspectos específicos, especialmente aqueles que dizem respeito à articulação intersetorial.

§ 1º - As políticas de insumos para o Setor saúde, como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico assim como a de

recursos humanos deverão sempre se subordinar aos interesses e diretrizes da política do setor.

§ 2º - O controle estatal sobre a produção de insumos críticos do setor, como sangue, medicamentos e imunobiológicos deve ser objetivo permanentemente colimado com vistas à preservação da sabedoria nacional.

Art. 6º - A política nacional de saúde deve ser objeto de um plano nacional de saúde plurianual, consolidado, aprovado em todas as instâncias legislativas da União, dos Estados e dos Municípios.

Parágrafo único - O plano nacional de saúde deverá conter, para cada período de vigência as metas, os recursos e a estratégia político-operacional para sua implementação.

DOC 06

Proposta do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Março 1987

Art. 1º - A saúde é um direito de todos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de discriminação.

Parágrafo único - O direito à saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, assim como reabilitação em todos os seus níveis.

Art. 2º - O conjunto das ações e serviços destinados à promoção, à proteção e à recuperação de saúde, assim como reabilitação, é uma função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização, execução e controle.

§ 1º - É assegurada a livre organização de serviços de saúde de capital exclusivamente nacional e a prática liberal, obedecidas as normas técnicas vigentes, sendo vedada para esta finalidade a utilização de recursos públicos para investimento e custeio.

§ 2º - A participação do setor privado neste conjunto de ações públicas poderá ocorrer sob condições estabelecidas em contrato de direito público.

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

Art. 3º - As ações e serviços de saúde integrarão uma rede única, regionalizada e hierarquizada, conformando um sistema nacional saúde organizado de acordo com os seguintes princípios:

I - unicidade na formulação e condução das políticas nos níveis federal, estadual e municipal;

II - descentralização da gestão dos serviços;

III - universalização da cobertura e do acesso da população a todos os níveis de atenção;

IV - participação dos vários segmentos sociais na formulação e no controle das políticas e ações.

Art. 4º - O financiamento do sistema nacional de saúde será feito com recursos orçamentários da União, Estados, Municípios, Distrito Federal, que destinarão o mínimo de doze por cento de sua receita tributária e previdência social.

§ 1º - A previdência social alocará o mínimo de vinte cinco por cento da receita do Fundo de previdência social ao sistema nacional de saúde, que serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance oito por cento do Produto Interno Bruto.

§ 2º - A União poderá estabelecer tributos vinculados, destinados ao financiamento do sistema nacional de saúde.

§ 3º - A integração dos recursos das várias fontes dar-se-á através de Fundos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, administrados de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores e por representantes dos usuários.

Art. 5º - As atribuições do poder público nos níveis federal, estadual e municipal, assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do sistema nacional de saúde serão definidos em uma lei do sistema nacional de saúde.

Art. 6º - As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico para o Setor saúde serão subordinadas aos interesses e diretrizes do sistema nacional de saúde.

Parágrafo único - O poder público disciplinará e controlará a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos críticos para o setor, com vistas à preservação da soberania nacional.

DOC 07

Proposta aprovada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária 3 de março de 1987

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

Parágrafo único - O direito à saúde implica:

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

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

III - informações sobre os riscos de adoecer e morrer incluindo condições individuais e coletivas de saúde;

IV - dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito a escolha e a recusa;

V - recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso ou que represente grave e iminente risco à saúde quando não forem adotadas medidas de eliminação ou proteção nos riscos;

VI - opção quanto ao tamanho da prole;

VII - participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde e na gestão dos serviços.

Art. 2º - É dever do Estado:

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

II - assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;

III - assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

§ 3º - A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública se fará segundo necessidades definidas pelo poder público, de acordo com as normas estabelecidas pelo direito público.

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

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

Art. 6º - O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e parafiscais com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabeleci-

dos em lei e submetidos a gestão única nos vários níveis de organização do sistema nacional de saúde.

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

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS:

- I - A previdência social alocará o mínimo de quarenta e cinco por cento da contribuição patronal ao fundo nacional de saúde.
- II - Os recursos da previdência social destinados ao financiamento do sistema nacional de saúde serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a dez por cento do Produto Interno Bruto.

DOC 08

Projeto apresentado pela bancada do Partido dos Trabalhadores (PT)

Maio 1987

CAPITULO II - A SAÚDE

DIREITO À SAÚDE

Art. 228 - A saúde é um direito inalienável da pessoa humana, sendo dever do poder público e da sociedade defendê-la e promovê-la.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Art. 229 - É dever do poder público:

I - implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de agravos a saúde;

II - promover, proteger e recuperar a saúde pela garantia de acesso universal, gratuito e igualitário às ações de saúde em todos os níveis;

III - assegurar, através de órgão específico da União, a formulação, execução e controle da política nacional de saúde segundo as seguintes diretrizes:

- a) integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada esfera do poder público;
- b) integralidade e unidade operacional das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;
- c) descentralização político-administrativa que assegure a autonomia dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- d) participação, em nível de decisão, de entidades representativas da sociedade na formulação e controle das políticas e das ações de saúde em todos os níveis.

§ 1º - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão anualmente não menos de treze por cento do produto resultante de sua receita na manutenção e desenvolvimento do sistema nacional de saúde.

§ 2º - O sistema nacional de seguridade social, previsto no art. 240, alocará recursos correspondentes, no mínimo, a quarenta e cinco por cento da contribuição patronal ao fundo nacional de saúde. Esses recursos serão gradualmente substituídos por outras fontes orçamentárias no prazo máximo de dez anos, a contar da promulgação desta Constituição, e a partir do momento em que a alocação de recursos em saúde no nível nacional alcance o equivalente a dez por cento do Produto Interno Bruto.

NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 230 - O conjunto de ações de qualquer natureza na área da saúde é de interesse social, sendo responsabilidade do poder público sua normatização e controle.

§ 1º - Instituições privadas, sem fins lucrativos, na condição de concessionárias de serviço público, poderão prestar serviços gratuitos de saúde, ficando vedados, a qualquer título, incentivos fiscais ou o repasse de recursos públicos para a prestação de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

§ 2º - As concessões firmadas para os fins previstos no parágrafo antecedente não se sujeitarão ao disposto no art. 226, podendo ser realizadas sem prévia licitação.

§ 3º - O poder público poderá intervir nos serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional de saúde, podendo, inclusive, efetuar a desapropriação ou expropriação de bens.

RECURSOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO

Art. 231 - As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico para a saúde serão subordinadas aos interesses e diretrizes do sistema nacional de saúde.

PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS BÁSICOS

Art. 232 - O poder público organizará um sistema estatal de produção e distribuição, sob o princípio da soberania nacional, de componentes farmacêuticos básicos, medicamentos, produtos químicos, biotecnológicos, odontológicos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, estabelecendo uma relação básica de produtos, com rigoroso controle de qualidade, visando suprir toda a demanda e tomá-los acessíveis ao conjunto da população.

DOC 09

Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente

1ª versão

DA SAÚDE

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

Parágrafo único - O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.

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

I - comando administrativo único em cada nível de governo;

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

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

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

Art. 3º - O sistema Único é financiado pelo fundo nacional de saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

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

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

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

§ 1º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público.

§ 2º - O poder público pode intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de saúde de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor.

Art. 5º - As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do sistema único de saúde.

Parágrafo único - Cabe ao poder público disciplinar e controlar a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6º - A saúde Ocupacional é parte integrante do sistema único de saúde.

Art. 7º - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, forma de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas em todo o território nacional.

Art. 8º - É permitida a remoção de órgãos e tecidos de cadáveres humanos para fins de transplante, não havendo disposição contrária em vida do *de cujus* e nem manifestação proibitiva da família.

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

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

§ 3º - É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos em todo o território nacional.

Art. 9º - Compete ao Estado, através do sistema único de saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados no território nacional.

Art. 10 - É proibida a prática da eutanásia em todo o território nacional.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 11 - Os atuais recursos da previdência social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto.

DOC 10

Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

Versão final

DA SAÚDE

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

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

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

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

- I - comando administrativo único em cada nível de governo;
- II - integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;

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

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

Art. 3º - O sistema Único é financiado pelo fundo nacional de saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

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

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

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

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

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

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

Art. 5º - As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento tecnológico na área da saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do sistema único de saúde.

§ 1º - Cabe ao poder público disciplinar controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional.

§ 2º - É dever do Estado exercer o controle das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de seu uso.

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

Art. 7º - A saúde Ocupacional é parte integrante do sistema único de saúde, sendo assegurado aos trabalhadores mediante:

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

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

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

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

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

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

Art. 8º - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas.

Parágrafo único - É permitida a divulgação científica de medicamentos e formas de trabalho junto aos profissionais de saúde.

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

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

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

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

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

Art. 11 - Compete ao Estado, através de sistema único de saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados no território nacional.

Art. 12 - É proibida a prática da eutanásia.

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

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 14 - Os atuais recursos da previdência social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios

nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto.

DOC 11

Comissão da Ordem Social

Versão preliminar do relator (I)

DA SAÚDE

Art. 9º - A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Art. 10 - O Estado assegura esse direito mediante:

I - implementação de políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou à redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II - acesso igualitário e gratuito às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um.

Art. 11 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - comando administrativo único em cada nível de governo;

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

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

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

Art. 12 - Compete ao Estado, através do sistema único de saúde:

- I - disciplinar, controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional;
- II - fiscalizar a qualidade, comercialização e consumo de alimentos, medicamentos e outros produtos de uso humano, utilizados no território nacional;
- III - controlar a produção e a comercialização das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes, estabelecer princípios básicos para prevenção de sua utilização inadequada;
- IV - monitorar a qualidade do ambiente, inclusive o do trabalho, e a saúde pública, mediante sistema de vigilância epidemiológica e ecotoxicológica;
- V - controlar a produção, comercialização, emprego de técnicas e de métodos, bem como a utilização de substâncias que afetem a saúde pública e o meio ambiente;
- VI - fiscalizar as instituições públicas e privadas relacionadas à pesquisa, manipulação e alteração de material genético, visando garantir o respeito aos valores éticos e prevenir a degradação do patrimônio genético do País.

Art. 13 - A saúde ocupacional é parte integrante do sistema único de saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

- I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças profissionais e do trabalho;
- II - informação a respeito dos riscos que o trabalho representa à saúde, dos resultados das avaliações realizadas e dos métodos de controle;
- III - recusa ao trabalho em ambientes que não tiverem os seus riscos controlados, com garantia de permanência no emprego;

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

V - acompanhamento da ação fiscalizadora referente à segurança, à higiene e à medicina do trabalho.

Art. 14 - As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normalização, execução e controle.

Art. 15 - É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde, sendo vedada a transferência de recursos públicos para investimento, em instituições privadas com fins lucrativos.

§ 1º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode participar complementarmente na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência e tratamento diferenciado as entidades sem fins lucrativos.

§ 2º - Fica proibida a exploração direta ou indireta por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 16 - As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do sistema único de saúde.

Art. 17 - É vedada a propaganda comercial de medicamentos e formas de tratamento, tabaco, bebidas alcoólicas e agrotóxicos.

Art. 18 - A lei disporá sobre o exercício e a pesquisa de métodos alternativos de assistência à saúde.

Art. 19 - É garantido a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de filhos e vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo poder público e por entidades privadas.

§ 1º - O Estado assegura acesso à educação, à informação e aos métodos científicos de regulação da natalidade que não atentem contra a integridade física e a vida, desde o momento da concepção, respeitadas as opções individuais.

§ 2º - Os recursos externos de entidades privadas e públicas, nacionais e internacionais, destinados a financiamento de programas de pesquisa em área de saúde ou de planejamento familiar, só poderão ser utilizados após autorização do Ministério da saúde.

Art. 20 - A lei disporá sobre as facilidades para remoção de órgãos e tecidos humanos para fim de transplante.

(§ 3º do Art. 9º) - Parágrafo único - É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos.

DOC 12

Comissão da Ordem Social

Versão preliminar (II)

DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 1º - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações, serviços, normas técnicas e jurídicas, recursos e instituições voltado para a proteção da saúde individual e coletiva para o amparo da pessoa nas contingências de maternidade, velhice, invalidez, viuvez, orfandade e desemprego involuntário, bem como em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

Art. 2º - Incumbe ao poder público organizar o sistema de seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

- I - universalização da cobertura;
- II - uniformização e equivalência dos benefícios e serviços para os segurados urbanos e rurais;
- III - equidade na forma de participação do custeio;
- IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- V - diversificação da base de financiamento;
- VI - preservação do valor real dos benefícios;
- VII - democratização e descentralização da gestão administrativa.

Art. 3º - O sistema de seguridade social será financiado compulsoriamente por toda a sociedade, direta e indiretamente, através das contribuições sociais previstas nesta Constituição e recursos provenientes da receita tributária da União.

Parágrafo único - A lei poderá instituir outras contribuições destinadas a garantir a manutenção ou expansão do sistema.

Art. 4º - As contribuições sociais a que se refere o artigo anterior são as seguintes:

- I - contribuição dos empregadores incidente sobre a folha de salários e sobre o lucro bruto;
- II - contribuição dos trabalhadores;
- III - contribuição incidente sobre a renda da atividade agrícola;
- IV - contribuição sobre o patrimônio líquido das pessoas físicas;
- V - contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos;
- VI - adicional sobre os prêmios dos seguros privados.

Art. 4º - A folha de salários é base exclusiva do sistema de seguridade social, sobre a qual não poderá incidir nenhum outro tributo.

Art. 5º - Os recursos provenientes da receita tributária da União para a seguridade social serão acrescidos de montante equivalente às deduções de imposto de renda relativas às despesas com assistência médica privada.

Art. 6º - As contribuições sociais a que se refere o art. 3º e os recursos provenientes do orçamento da União comporão o fundo nacional de seguridade social, na forma que a lei dispuser.

Parágrafo único - Toda contribuição social instituída pela União destina-se exclusiva e obrigatoriamente ao Fundo a que se refere este artigo.

Art. 7º - A gestão do fundo nacional de seguridade social e das instituições do sistema de seguridade social terá participação obrigatória e paritária de representantes do poder público, das entidades patronais e dos trabalhadores, inclusive inativos, na forma estabelecida em lei.

Art. 8º - O orçamento do fundo nacional de seguridade social será submetido à apreciação do Congresso Nacional, obedecidos os prazos e demais condições de tramitação do orçamento da União.

Art. 9º - Nenhuma prestação de benefício ou serviço compreendido na seguridade social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.

Art. 10 - A lei proverá para que os serviços prestados pelo sistema de seguridade social sejam fiscalizados pela comunidade.

Art. 11 - A lei estabelecerá a responsabilidade solidária dos dirigentes e administradores pelo descumprimento das obrigações legais das empresas em relação ao sistema de seguridade social.

DA SAÚDE

Art. 12 - A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Art. 13 - O Estado assegura este direito mediante:

I - implementação de políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II - acesso universal, igualitário e gratuito às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um.

Art. 14 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - comando administrativo único em cada nível de governo;

II - integralidade e referenciamento na prestação das ações de saúde;

III - descentralização político-administrativa em nível de Estados e Municípios;

IV - participação da população através de organizações representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal.

Art. 15 - Compete ao Estado, através do sistema único de saúde:

I - formular políticas e elaborar planos de saúde;

II - prestar assistência integral à saúde individual e coletiva;

III - disciplinar, controlar, estimular a pesquisa e participar da produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional;

IV - fiscalizar a produção, comercialização, qualidade e consumo de alimentos, medicamentos e outros produtos de uso humano utilizados no território nacional;

V - controlar a produção e a comercialização das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de sua utilização inadequada;

VI - controlar a produção, comercialização, emprego de técnicas e de métodos, bem como a utilização de substâncias que afetem a saúde pública e do meio ambiente;

VII - controlar a qualidade do meio ambiente, inclusive o do trabalho, mediante sistema de vigilância ecotoxicológica;

VIII - controlar as atividades públicas e privadas relacionadas à pesquisa em seres humanos, visando garantir o respeito aos valores éticos.

Art. 16 - As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.

Art. 17 - É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

§ 1º - É vedada a destinação de recursos públicos para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

§ 2º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode participar de forma complementar na assistência à saúde da população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.

§ 3º - O poder público pode intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor.

§ 4º - Fica proibida a exploração direta ou indireta de parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 18 - A saúde ocupacional é parte integrante do sistema único de saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

- I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças do trabalho;
- II - informação a respeito de trabalhos que causem riscos à saúde e dos métodos de controle dos mesmos;
- III - direito de recusa ao trabalho em ambientes que não tiverem os seus riscos controlados, com garantia de permanência no emprego;
- IV - participação na gestão dos serviços internos e externos aos locais de trabalho, relacionados à segurança, higiene e medicina do trabalho.

Art. 19 - As políticas de formação e utilização de recursos humanos, de insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde e de saneamento básico são subordinadas aos interesses e diretrizes do sistema único de saúde.

Art. 20 - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco, bebidas alcoólicas e agrotóxicos.

Art. 21 - A lei disporá sobre o exercício e a pesquisa de métodos alternativos de assistência à saúde.

Art. 22 - É garantido a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de filhos, vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo poder público e por entidades privadas.

§ 1º - O Estado assegura acesso à educação, à informação e aos métodos científicos de regulação da natalidade que não atentem contra a vida, desde o momento da concepção, respeitadas as opções individuais.

§ 2º - Os recursos externos de entidades privadas e públicas, nacionais e internacionais, destinados a financiamento de progra-

mas de pesquisa em área de saúde ou de planejamento familiar, só poderão ser utilizados após autorização do Ministério da saúde.

Art. 23 - A lei disporá sobre pesquisa e facilidades para remoção de órgãos e tecidos humanos para fins de transplante.

Parágrafo único - É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

DOC 13

Comissão da Ordem Social

1ª Versão

CAPÍTULO II

DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 31 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações, serviços, normas técnicas e jurídicas, recursos e instituições voltado para assegurar os direitos sociais relativos à saúde, previdência e assistência social.

Art. 32 - Incumbe o poder público organizar o sistema de seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

I - universalização à cobertura;

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

III - equidade na forma de participação do custeio;

IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

V - diversificação da base de financiamento;

VI - preservação do valor real dos benefícios;

VII - democratização e descentralização da gestão administrativa.

Art. 33 - O sistema de seguridade social será financiado compulsoriamente por toda a sociedade, direta e indiretamente, mediante as contribuições sociais previstas nesta Constituição e recursos provenientes da receita tributária da União, na forma que a lei dispuser.

Parágrafo único - A lei poderá instituir outras contribuições destinadas a garantir a manutenção ou expansão do sistema.

Art. 34 - As contribuições sociais a que se refere o artigo anterior são as seguintes:

- I - contribuição dos empregadores incidente sobre a folha de salários e sobre o lucro;
- II - contribuição dos trabalhadores;
- III - contribuição incidente sobre a renda da atividade agrícola;
- IV - contribuição sobre o patrimônio líquido das pessoas físicas;
- V - contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos;
- VI - adicional sobre os prêmios dos seguros privados.

Art. 35 - A folha de salários é base exclusiva do sistema de seguridade social e sobre ela não poderá incidir qualquer outro tributo ou contribuição.

Art. 36 - Os recursos provenientes da receita tributária da União para a seguridade social serão acrescidos de montante equivalente às deduções e aos abatimentos de imposto de renda relativos às despesas com saúde e previdência privada.

Art. 37 - As contribuições sociais a que se refere o art. 33 e os recursos provenientes do orçamento da União comporão o Fundo de seguridade social, na forma da lei.

Parágrafo único - Toda contribuição social instituída pela União destina-se exclusiva e obrigatoriamente ao Fundo a que se refere este artigo.

Art. 38 - A gestão do fundo nacional de seguridade social e das instituições do sistema de seguridade social terá participação obrigatória e paritária de representantes da Administração Pública, das entidades patronais e dos trabalhadores, inclusive inativos, na forma estabelecida em lei.

Art. 39 - O orçamento anual do fundo nacional de seguridade social será submetido à apreciação do Congresso Nacional, obedecidos os prazos e demais condições de tramitação do orçamento da União.

Parágrafo único - O orçamento referido no *caput* explicitará o volume de recursos a serem transferidos para os Estados e Municípios.

Art. 40 - O orçamento anual de Gastos Tributários será submetido à apreciação do Congresso Nacional, obedecidos os prazos e demais condições de tramitação do orçamento da União.

Art. 41 - Nenhuma prestação de benefício ou de serviço compreendido na seguridade social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.

Art. 42 - A lei instituirá o processo de atendimento, pelo sistema de seguridade social, das reclamações da comunidade sobre os seus serviços.

Art. 43 - A lei regulará a responsabilidade solidária dos dirigentes e administradores pelo descumprimento das obrigações legais das empresas em relação ao sistema de seguridade social.

SEÇÃO 1 - DA SAÚDE

Art. 44 - A saúde é direito de todos e dever e responsabilidade do Estado e do indivíduo.

Art. 45 - O Estado assegura o direito à saúde mediante:

I - implementação de políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II - acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um.

Art. 46 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - comando administrativo único em cada nível de governo;

II - atendimento integral e completo nas ações de saúde;

III - descentralização político-administrativa em nível de Estados e Municípios;

IV - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, com a criação dos conselhos de saúde.

Art. 47 - Compete ao Estado, mediante o sistema único de saúde:

I - formular políticas e elaborar planos de saúde;

II - prestar assistência integral à saúde individual e coletiva;

III - disciplinar, controlar e estimular a pesquisa sobre medicamentos, produtos imunobiológicos e hemoderivados e outros insumos de saúde, bem como participar de sua produção e distribuição, com vistas à preservação da soberania nacional;

IV - fiscalizar a produção, comercialização, qualidade e consumo de alimentos, medicamentos e outros produtos de uso humano utilizados no território nacional;

V - controlar a produção e a comercialização dos produtos tóxicos inebriantes pelo abuso, e estabelecer princípios básicos para a prevenção de sua utilização inadequada;

VI - controlar o emprego de técnicas e de métodos, bem como a produção, comercialização e utilização de substâncias, nocivos à saúde pública e ao meio ambiente;

VII - controlar a qualidade do meio ambiente, inclusive o do trabalho, mediante sistema de vigilância ecotoxicológica;

VIII - controlar as atividades públicas e privadas relacionadas a experimentos com seres humanos, a fim de garantir o respeito aos valores éticos.

Art. 48 - É assegurada, na área da saúde, a liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados, na forma da lei e de acordo com os princípios da política nacional de saúde.

§ 1º - É vedada a destinação de recursos públicos para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

§ 2º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode participar de forma complementar na assistência à saúde da população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.

§ 3º - O poder público pode intervir nos serviços de saúde de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, bem como desapropriá-los.

§ 4º - Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 50 - A saúde ocupacional é parte integrante do sistema único de saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças do trabalho;

II - informação a respeito de atividades que comportem riscos à saúde e dos métodos de controlá-los;

III - direito de recusa ao trabalho em ambientes sem controles de riscos, com garantia de permanência no emprego;

IV - participação na gestão dos serviços internos e externos aos locais de trabalho, relacionados à segurança, à saúde e à medicina do trabalho.

Art. 51 - As políticas relativas à formação e à utilização de recursos humanos, insumos, equipamentos, pesquisa e ao desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde e de saneamento básico subordinam-se aos interesses e diretrizes do sistema único de saúde.

Art. 52 - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco, bebidas alcoólicas e agrotóxicos.

Art. 53 - A lei disporá sobre o exercício e a pesquisa de métodos alternativos de assistência à saúde.

Art. 54 - É garantida a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de seus filhos, vedada a adoção de qualquer prática coercitiva por parte do poder público e de entidades privadas.

§ 1º - O Estado assegura acesso à educação, à informação e aos métodos científicos de regulação da natalidade que não atentem contra a vida, respeitado o direito de opção individual.

§ 2º - Os recursos internos ou externos de entidades públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, destinados a financiamento de programas de pesquisa ou assistência na área de planejamento familiar, só poderão ser utilizados após autorização do órgão máximo do sistema único de saúde.

Art. 55 - A lei disporá sobre as condições e requisitos da remoção de órgãos e tecidos humanos para fins de transplante e de pesquisa.

Parágrafo único - É vedado todo o tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

DOC 14

Comissão da Ordem Social

2ª Versão

A SEGURIDADE SOCIAL

Art. 34 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações, voltado para assegurar os direitos sociais relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art. 35 - Incumbe ao poder público organizar a seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

I - universalidade da cobertura;

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

III - equidade na forma de participação do custeio;

IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

V - diversidade da base de financiamento;

VI - irredutibilidade do valor real dos benefícios;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa.

Art. 36 - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante as contribuições sociais, bem como recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.

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

I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, faturamento e sobre o lucro;

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição incidente sobre a renda da atividade agrícola;

IV - contribuição sobre o patrimônio líquido das pessoas físicas;

V - contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos;

VI - adicional sobre os prêmios dos seguros privados.

§ 2º - A lei poderá instituir outras contribuições destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social.

Art. 37 - A folha de salários é base exclusiva do sistema de seguridade social e sobre ela não poderá incidir qualquer outro tributo ou contribuição.

Art. 38 - As contribuições sociais a que se refere o art. 36 e os recursos provenientes do orçamento da União comporão o fundo nacional de seguridade social, na forma da lei.

Parágrafo único - Toda contribuição social instituída pela União destina-se exclusiva e obrigatoriamente ao Fundo a que se refere este artigo.

Art. 39 - A programação do fundo nacional de seguridade social será feita de forma integrada com a participação dos órgãos responsáveis pelas áreas de saúde, de previdência social e de assistência social, que terão assegurada sua autonomia na gestão dos recursos.

Art. 40 - O orçamento do fundo nacional de seguridade social será elaborado anualmente e submetido à apreciação do Congresso Nacional, obedecidos os prazos e demais condições de tramitação do orçamento da União.

Art. 41 - O orçamento anual de gastos tributários será submetido à apreciação do Congresso Nacional obedecidos os prazos e demais condições do orçamento da União.

Art. 42 - Os financiamentos de programas sociais com recursos do fundo nacional de seguridade social serão centralizados em uma instituição financeira governamental que será responsável também pela administração do Fundo de Garantia do Patrimônio Individual a que se refere o parágrafo 2º do art. 2º deste título.

Art. 43 - Nenhuma prestação de benefício ou de serviço compreendido na seguridade social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.

Art. 44 - A lei instituirá o processo pelo qual a população poderá representar contra o poder público nos casos de insuficiente ou inadequado atendimento pelos órgãos de seguridade social.

Art. 45 - A lei regulará a responsabilidade solidária dos dirigentes e administradores pelo descumprimento das obrigações legais das empresas em relação à seguridade social.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 46 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Art. 47 - O Estado assegura o direito à saúde mediante:

I - implementação de políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e outros agravos à saúde;

II - acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um.

Art. 48 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - comando administrativo único em cada nível de governo;
- II - atendimento integral e completo nas ações de saúde;
- III - descentralização político-administrativa em nível de Estados e Municípios;
- IV - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal.

Art. 49 - O sistema único de saúde será financiado com recursos do fundo nacional de seguridade social e com recursos de receitas dos Estados e Municípios.

Art. 50 - Compete ao Estado, mediante o sistema único de saúde:

- I - formular políticas e elaborar planos de saúde;
- II - prestar assistência integral à saúde individual e coletiva;
- III - disciplinar, controlar e estimular a pesquisa sobre medicamentos, equipamentos, produtos imunobiológicos e hemoderivados e outros insumos de saúde, bem como participar de sua produção e distribuição, com vistas à preservação da soberania nacional;
- IV - fiscalizar a produção, comercialização, qualidade e consumo de alimentos, medicamentos e outros produtos de uso humano utilizados no território nacional;
- V - controlar a produção e a comercialização dos produtos tóxicos inebriantes pelo abuso e estabelecer princípios básicos para prevenção de sua utilização inadequada;
- VI - controlar o emprego de técnicas e de métodos, nocivos à saúde pública e ao meio ambiente, bem como a produção, comercialização e utilização de substâncias igualmente lesivas daqueles bens;

VII - controlar a qualidade do meio ambiente, inclusive o do trabalho;

VIII - controlar as atividades públicas e privadas relacionadas a experimentos com seres humanos, a fim de garantir o respeito aos valores éticos.

Art. 51 - As ações de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado sua regulação, execução e controle.

Art. 52 - É assegurada, na área da saúde, a liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados, na forma da lei e de acordo com os princípios da política nacional de saúde.

§ 1º - É vedada a destinação de recursos públicos para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

§ 2º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode participar de forma complementar na assistência à saúde da população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência e tratamento especial as entidades filantrópicas.

§ 3º - O poder público pode intervir nos serviços de saúde de natureza privada necessárias ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, bem como desapropriá-los.

§ 4º Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 53 - A saúde ocupacional é parte integrante do sistema único de saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças do trabalho;

II - informação a respeito de atividades que comportem riscos à saúde e dos métodos de controlá-los;

III - direito de recusa ao trabalho em ambientes sem controle adequado de riscos, com garantia de permanência no emprego;
IV - participação na gestão dos serviços internos e externos aos locais de trabalho, relacionados à segurança, à higiene e à medicina do trabalho.

Art. 54 - As políticas relativas à formação e à utilização de recursos humanos, insumos, equipamentos, pesquisas e ao desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde e de saneamento básico subordinam-se aos interesses e diretrizes do sistema único de saúde.

Art. 55 - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento de saúde, tabaco, bebidas alcoólicas e agrotóxicos.

Art. 56 - A lei disporá sobre a pesquisa, o ensino e a aplicação de métodos alternativos de assistência à saúde.

Art. 57 - É garantido a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de seus filhos, vedado todo tipo de prática coercitiva por parte do poder público e de entidades privadas.

§ 1º - O Estado assegura acesso à educação, à informação e aos métodos científicos de regulação da fecundidade que não atentem contra a saúde, respeitado o direito de opção individual.

§ 2º - Os recursos internos ou externos, de entidades públicas ou privadas, nacionais, estrangeiras ou internacionais, destinados a financiamento de programas de pesquisa ou assistência na área de planejamento familiar, só poderão ser utilizados após autorização do órgão máximo do sistema único de saúde.

Art. 58 - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos e tecidos humanos para fins de transplante e de pesquisa.

Parágrafo único - É vedado todo tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

DOC 15

Comissão da Ordem Social

Versão final

DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 38 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações, voltado para assegurar os direitos sociais relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art. 39 - Incumbe ao poder público organizar a seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

I - universalidade da cobertura;

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

III - equidade na forma de participação do custeio;

IV - relatividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

V - diversidade da base de financiamento;

VI - irredutibilidade do valor real dos benefícios;

VII - caráter democrático e descentralidade da gestão administrativa.

Art. 40 - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante as contribuições sociais, bem como recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.

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

I - contribuição dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, faturamento e sobre o lucro;

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição incidente sobre a renda da atividade agrícola;

IV - contribuição sobre o patrimônio líquido das pessoas físicas;

V - contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos;

VI - adicional sobre os prêmios dos seguros privados.

§ 2º - A lei poderá instituir outras contribuições destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social.

Art. 41 - A folha de salários é base exclusiva da seguridade social e sobre ela não poderá incidir qualquer outro tributo ou contribuição.

Art. 42 - As contribuições sociais a que se refere o art. 40 e os recursos provenientes do orçamento da União comporão o fundo nacional de seguridade social, na forma da lei. *Parágrafo único* - Toda contribuição social instituída pela União destina-se exclusiva e obrigatoriamente ao Fundo a que se refere este artigo.

Art. 43 - A programação do fundo nacional de seguridade social será feita de forma integrada com a participação dos órgãos responsáveis pelas áreas de saúde, de previdência social e de assistência social, que terão assegurada sua autonomia na gestão dos recursos.

Parágrafo único - O fundo nacional de seguridade social destinará à saúde, no mínimo, o equivalente a trinta por cento da sua receita, excluídas as do fundo de garantia do seguro desemprego e do fundo de garantia do patrimônio individual.

Art. 44 - O orçamento do fundo nacional de seguridade social será elaborado anualmente e submetido à apreciação do Congresso Nacional, obedecidos os prazos e demais condições de tramitação do orçamento da União.

Art. 45 - O orçamento anual de gastos tributários será submetido à apreciação do Congresso Nacional obedecidos os prazos e demais condições do orçamento da União.

Art. 46 - Os financiamentos de programas sociais com recursos do fundo nacional de seguridade social serão centralizados em uma instituição financeira governamental que será responsável também pela administração do Fundo de Garantia do Patrimônio Individual a que se refere o parágrafo 2º do art. 2º deste título.

Art. 47 - Nenhuma prestação de benefícios ou de serviço compreendido na seguridade social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total.

Art. 48 - A lei instituirá o processo pelo qual a população poderá representar contra o poder público nos casos de insuficiente ou inadequado atendimento pelos órgãos de seguridade social.

Art. 49 - A lei regulará a responsabilidade solidária dos dirigentes e administradores pelo descumprimento das obrigações legais das empresas em relação à seguridade social.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 50 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Art. 51 - O Estado assegura o direito à saúde mediante:

I - implementação de políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II - acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um.

Art. 52 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - comando administrativo único e exclusivo em cada nível de governo;

II - atendimento integral e completo nas ações de saúde;

III - descentralização político-administrativa em nível de Estados e Municípios;

IV - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal.

Art. 53 - O sistema único de saúde será financiado com recursos do fundo nacional de seguridade social e com recursos de receitas dos Estados e Municípios.

Art. 54 - Compete ao Estado, mediante o sistema único de saúde:

I - formular políticas e elaborar planos de saúde;

II - prestar assistência integral à saúde individual e coletiva;

III - disciplinar, controlar e estimular a pesquisa sobre medicamentos, equipamentos, produtos imunobiológicos e hemoderivados e outros insumos de saúde, bem como participar de sua produção e distribuição, com vistas à preservação da soberania nacional;

IV - fiscalizar a produção, comercialização, qualidade e consumo de alimentos, medicamentos e outros produtos de uso humano utilizados no território nacional;

V - controlar a produção e a comercialização dos produtos tóxicos inebriantes pelo abuso e estabelecer princípios básicos para prevenção de sua utilização inadequada;

VI - controlar o emprego de técnicas e de métodos, nocivos à saúde pública e ao meio ambiente, bem como a produção, comercialização e utilização de substâncias igualmente lesivas àqueles bens;

VII - controlar a qualidade do meio ambiente, inclusive o do trabalho;

VIII - controlar as atividades públicas e privadas relacionadas a experimentos com seres humanos, a fim de garantir o respeito aos valores éticos.

Art. 55 - As ações de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado sua regulação, execução e controle.

Art. 56 - É assegurada, na área da saúde, a liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados, na forma da lei e de acordo com os princípios da política nacional de saúde.

§ 1º - É vedada a destinação de recursos públicos para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

§ 2º - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode participar de forma complementar na assistência à saúde da população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público tendo preferência e tratamento especial as entidades filantrópicas.

§ 3º - O poder público pode intervir nos serviços de saúde de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, bem como desapropriá-los;

§ 4º - Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Alt. 57 - A saúde ocupacional é parte integrante do sistema único de saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

- I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças do trabalho;
- II - informação a respeito de atividades que comportem riscos à saúde e dos métodos de controlá-los;
- III - direito de recusa ao trabalho em ambientes sem controle adequado de riscos, com garantia de permanência no emprego;
- IV - participação na gestão dos serviços internos e externos aos locais de trabalho, relacionados à segurança e medicina do trabalho, acompanhando a ação fiscalizadora do ambiente.

Art. 58 - As políticas relativas à formação e à utilização de recursos humanos, insumos, equipamentos, pesquisas e ao desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde e de saneamento básico subordinam-se aos interesses e diretrizes do sistema único de saúde.

Art. 59 - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento de saúde, tabaco, bebidas alcoólicas e agrotóxicos.

Art. 60 - A lei disporá sobre a pesquisa, o ensino e aplicação de métodos alternativos de assistência à saúde.

Art. 61 - É garantido a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de seus filhos, vedado todo tipo de prática coercitiva por parte do poder público e de entidades privadas.

§ 1º - O Estado assegura acesso à educação, à informação e aos métodos científicos de regulação da fecundidade que não atentem contra a saúde, respeitado o direito de opção individual.

§ 2º - Os recursos internos ou externos, de entidades públicas ou privadas, nacionais, estrangeiras ou internacionais, destinados a

financiamento de programas de pesquisa ou assistência na área de planejamento familiar, só poderão ser utilizados após autorização do órgão máximo do sistema único de saúde.

Art. 62 - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos e tecidos humanos para fins de transplante e de pesquisa.

Parágrafo único - É vedado todo tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

DOC 16

Emenda popular apresentada pela Plenária da Saúde

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

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

I - acesso à terra e aos meios de produção;

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

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

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

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

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

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

VIII - opção quanto ao tamanho da prole.

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

Art. 2º - É dever do Estado:

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

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

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

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

- a) integração das ações e serviços com comando político-administrativo único em cada nível de governo;
- b) integralidade e unidade na prestação das ações de saúde adequadas às localidades epidemiológicas;
- c) descentralização político-administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios;
- d) participação em nível de decisão de entidades representativas de usuários e profissionais de saúde na formulação, gestão e controle das políticas e das ações de saúde em todos os níveis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

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

II - A previdência social alocará o mínimo de quarenta e cinco por cento da contribuição patronal ao fundo nacional de saúde.

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

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

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

DOC 17

Emenda popular apresentada pelas entidades de profissionais² de Mato Grosso do Sul

Art. - É dever dos Poderes Públicos da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a organização e a promoção da defesa da saúde Pública.

Parágrafo único - Anualmente a União aplicará nunca menos de treze por cento, e os Estados, Distrito Federal e Municípios, vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, na

² Médicos, dentistas, sanitaristas, assistentes sociais e farmacêuticos.

manutenção e desenvolvimento de programas destinados à proteção da saúde pública.

DOC 18

Emenda popular apresentada pelo Instituto Brasileiro de Medicina Natural e outros

Art. - É assegurada a preservação e o cultivo de plantas medicinais, o desenvolvimento e a prática da medicina não alopática ou natural.

Parágrafo único - Cabe ao poder público, em relação ao disposto no *caput*, amparo técnico e financeiro, inclusive com a alocação de recursos a título de fundo perdido.

DOC 19

Emenda popular apresentada pela Federação Nacional de Associações de Medicina Alternativa

Acrescente, na Seção I (Da saúde), do Capítulo II (Da seguridade social), do Título IX (Da Ordem social), os seguintes dispositivos:

Substitua-se o art. 53, do Substitutivo da Comissão VII da Ordem social da Assembleia Nacional Constituinte, por:

Art. 53 - Os Poderes Públicos assegurarão o pleno direito de acesso às terapias e métodos alternativos de assistência, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva, com a utilização de modalidades, princípios, métodos e técnicas específicas.

§ 1º - A ação própria para assegurar o direito a que se refere este artigo será rito sumário, inclusive quando se destina à defesa do meio ambiente.

§ 2º - É livre exercício, ensino, pesquisa, aplicação e organização profissional das terapias e métodos alternativos de assistência à saúde.

§ 3º - Os poderes darão apoio técnico e financeiro às terapias e métodos alternativos de assistência à saúde.

DOC 20

Emenda popular apresentada pela Comissão de Psicologia Pró-Constituinte

PROPOSTA

1 - Centralização nos Municípios dos recursos financeiros para a saúde (Reforma Tributária).

2 - Criação dos conselhos comunitários da saúde (municipais), constituídos por profissionais das áreas de saúde e representantes da comunidade com o objetivo de planejar, acompanhar a execução e fiscalizar a efetiva aplicação dos recursos.

DOC 21

Emenda popular apresentada pelo setor privado³

Inclua-se onde couber:

³ Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de saúde (Fenaess), Federação Brasileira de Hospitais (FBH e Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

I - O sistema nacional de saúde deve respeitar os princípios:

- a) universalidade do atendimento;
- b) pluralismo de sistemas médico-assistenciais;
- c) livre exercício profissional;
- d) livre opção do indivíduo entre diversos sistemas.

DOC 22

Projeto "Ícaro"

Grupo dos 32 - senador José Richa

Fase da Comissão de Sistematização

DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 194 (232/333) - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações, voltado para assegurar os direitos sociais relativos à saúde, previdência e assistência social.

§ 1º - (334) - Incumbe ao poder público organizar a seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

- I - universalidade da cobertura;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para os segurados urba-
- III - equidade na forma de participação do custeio;
- IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- V - diversidade da base de financiamento;
- VI - irreduzibilidade do valor real dos benefícios;
- VII - caráter democrático e descentralização da gestão administrativa;

VIII - habilitação e reabilitação adequada às pessoas portadoras de deficiência, bem como integração na vida econômica e social do País.

§ 2º - (365) - As ações governamentais na área de assistência social serão organizadas com base nos princípios de descentralização político-administrativa e de participação da população, por meio de organizações representativas.

Art. 195 (233/335) - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições, na forma da lei.

Parágrafo único - lei complementar regulamentará o fundo nacional de seguridade social, integrado pelas contribuições referidas no *caput* deste artigo.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 196 (234/343) - O amparo à saúde é dever do Estado.

§ 1º - Será assegurado a todos o acesso universal, igualitário e gratuito aos meios para alcançar a saúde ou recuperá-la, na forma que a lei estabelecer.

§ 2º - Compete à União, aos Estados e aos Municípios compatibilizar os recursos necessários ao atendimento descentralizado deste objetivo, nas respectivas esferas de competência.

Art. 197 (235/345) - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema nacional de saúde, organizado de acordo com a lei.

Art. 198 (346) - O sistema nacional de saúde será financiado com recursos do fundo nacional de seguridade social e com recursos de receitas dos Estados e Municípios.

Art. 199 (236/347) - Compete ao Estado, mediante o sistema nacional de saúde:

I - formular políticas e elaborar planos de saúde;

II - prestar assistência integral à saúde individual e coletiva;

III - disciplinar, controlar e estimular a pesquisa sobre medicamentos, equipamentos, produtos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos de saúde, bem como participar de sua produção e distribuição, com vistas à preservação da soberania nacional;

IV - fiscalizar a produção, comercialização, qualidade e consumo de alimentos, medicamentos e outros produtos de uso humano utilizados no território nacional;

V - controlar a produção e a comercialização dos produtos tóxicos inebriantes pelo abuso e estabelecer princípios básicos para prevenção de sua utilização inadequada;

VI - controlar o emprego de técnicas e de métodos, nocivos à saúde pública e ao meio ambiente, bem como a produção, a comercialização e a utilização de substâncias igualmente lesivas àqueles bens;

VII - controlar a qualidade do meio ambiente, inclusive o do trabalho;

VIII - controlar as atividades públicas e privadas relacionadas a experimentos com seres humanos, a fim de garantir o respeito aos valores éticos.

§ 1º - O setor privado de prestação de serviços de saúde participará de forma supletiva na assistência pública à saúde da população, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência e tratamento especial as entidades filantrópicas.

§ 2º - O poder público pode intervir nos serviços de saúde de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor, bem como desapropriá-los.

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

§ 4º - É vedada a destinação de recursos orçamentários para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

DOC 23

Projeto "Hércules"

Grupo dos 32

Fase da Comissão de Sistematização

DA SAÚDE

Art. 1º - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado por acesso igualitário a um sistema nacional único de saúde, financiados por fundos disciplinados em leis, pela União, Estados e Municípios, além de outras fontes, tendo em cada nível de governo, direção administrativa descentralizada e interdependente e controle da comunidade.

Parágrafo único - Além de outras fontes, os fundos de que trata este artigo receberão recursos do fundo nacional de seguridade social, definidos em lei, nunca inferiores a trinta por cento.

Art. 2º - Cabe ao poder público a regulamentação, execução e controle das ações de saúde, dando prioridade à assistência preventiva.

§ 1º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que executará sem a ingerência do poder público, ressalvados a fiscalização e os casos previstos em lei.

§ 2º - O setor privado de prestação de serviços de saúde poderá, de forma supletiva, participar da assistência pública à saúde, sob as condições estabelecidas em contrato de direito público, tendo preferência as entidades sem fins lucrativos.

§ 3º - A União e os Estados poderão intervir e desapropriar serviços de natureza privada, necessários à execução dos objetivos da política nacional de saúde, conforme dispuser a lei.

§ 4º - Fica proibida a exploração direta e indireta por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira dos serviços de assistência à saúde no País.

§ 5º - É vedada a destinação de recursos públicos para investimentos em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

Art. 3º - Compete ao sistema nacional único de saúde, além de outras atribuições que a lei estabelecer, o controle, a fiscalização e a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, o disciplinamento da formação e utilização de recursos humanos, as ações de saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico, produção e qualidade nutricional dos alimentos, controle de tóxicos e inebriantes, proteção do meio ambiente e saúde ocupacional.

DOC 24

Proposta do "Grupo do Consenso"

Setembro 1987

TÍTULO IX

CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 258 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações voltado para assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social.

§ 1º - Compete ao poder público organizar a seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

I - universalidade na cobertura;

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

III - equidade na forma de participação do custeio;

IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

V - diversidade da base de financiamento;

VI - irredutibilidade do valor real dos benefícios;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa.

Art. 259 - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais, bem como recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.

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

I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, faturamento e lucros;

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos.

§ 2º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social que obedecerão critérios análogos aos estabelecidos no art. 199.

§ 3º - Nenhuma prestação de benefício ou serviço, compreendidos na seguridade social, poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio.

Art. 260 - O orçamento da seguridade social será elaborado de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, assistência e previdência social obedecendo as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos orçamentários.

SEÇÃO II - DA SAÚDE

Art. 261 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 262 - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - comando administrativo único em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas;
- III - descentralização político-administrativa;
- IV - participação da comunidade.

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

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

Art. 263 - Cabe ao poder público a regulamentação, execução e controle das ações e serviços de saúde.

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

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

Art. 264 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições que a lei estabelecer, o controle, a fiscalização e a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, a execução das ações de vigilância sanitária e saúde ocupacional, o disciplinamento da formação e utilização de recursos humanos, as ações de saneamento básico, o desenvolvimento científico e tecnológico, e o controle e fiscalização de produção e qualidade dos alimentos, o controle de tóxicos e inebriantes e a proteção do meio ambiente.

DOC 25

Texto alternativo apresentado ao “Grupo do Consenso”⁴

DA SAÚDE

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

§ 1º - É dever do Estado implementar políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e outros agravos à saúde.

⁴ Texto elaborado por Eleutério Rodriguez Neto; tentativa de recuperar a “independência” da saúde em relação à seguridade social.

§ 2º - O Estado assegura o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através de um sistema único de saúde descentralizado para Estados e Municípios, com comando único em cada nível de Governo e submetido ao controle da população, através de suas entidades organizadas.

Art. 2º - As ações de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado a sua regulamentação, execução e controle.

§ 1º - É livre o exercício profissional e a organização de serviços privados de saúde exclusivamente nacionais, podendo ser chamados a participar do sistema único de saúde, sob condições de contrato de direito público, tendo tratamento preferencial os serviços comunitários sem fins lucrativos.

§ 2º - Aos serviços privados com fins lucrativos é vedada a destinação de recursos públicos para investimentos e, após cinco anos da promulgação desta Constituição, para custeio e compra de serviços.

§ 3º - O poder público poderá intervir e desapropriar serviços privados necessários à execução dos objetivos da política nacional de saúde.

Art. 3º - O sistema único de saúde é financiado por recursos oriundos de receitas tributárias da União, dos Estados e Municípios e de outras fontes acrescidos de, no mínimo, trinta por cento das receitas de contribuição de seguridade social.

Parágrafo único - Os recursos para o sistema único de saúde serão geridos através de Fundos de saúde em níveis federal, estadual e municipal, subordinados às instâncias administrativas do sistema único de saúde correspondentes.

Art. 4º - A saúde Ocupacional integra o sistema único de saúde, garantindo-se a participação dos trabalhadores na fiscalização dos ambientes de trabalho.

Art. 5º - O sistema de saúde controla e participa da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, disciplina a formação e a utilização de seus recursos humanos, orienta as ações de saneamento básico e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde.

DOC 26

Grupo do "Consenso"

Deputado Euclides Scalco

Fase da Comissão de Sistematização

SAÚDE

Art. 1º - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado pelo acesso igualitário a um sistema único de saúde, financiado pelo fundo nacional de saúde composto por trinta por cento da receita do orçamento nacional de seguridade social e recursos de receitas da União, Estados, Municípios e outras fontes, tendo em cada nível de governo comando administrativo único e controle da comunidade.

Art. 2º - As ações de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado sua regulamentação, execução e controle.

§ 1º - É livre o exercício profissional e a organização de serviços privados de saúde exclusivamente nacionais, podendo ser chamados a participar do sistema único de saúde sob condições de contrato de direito público, tendo tratamento preferencial serviços sem fins lucrativos.

§ 2º - Aos serviços privados com fins lucrativos é vedada a destinação de recursos públicos para investimentos e, após cinco

anos da promulgação desta Constituição, para custeio e compra de serviços.

§ 3º - A saúde Ocupacional integra o sistema único de saúde garantindo-se a participação dos trabalhadores na fiscalização dos ambientes de trabalho e na gestão dos serviços.

Art. 5º - O sistema único de saúde controla e participa da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemo-derivados e outros insumos, disciplina a formação e utilização de seus recursos humanos, orienta as ações de saneamento básico e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde.

DOC 27

Proposta apresentada pelo ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, ao relator Bernardo Cabral

Fase da Comissão de Sistematização

SUBSTITUTIVO DA SEGURIDADE SOCIAL

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

- I - universalidade da cobertura;
- II - prioridade na prestação de serviços e benefícios aos segurados de menor renda;
- III - diversificação das fontes de financiamento;
- IV - participação de representantes dos segurados e empregadores na gestão administrativa.

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

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

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

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

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

II - aposentadoria por tempo de serviço;

III - ajuda à manutenção de dependentes dos segurados de renda baixa;

IV - proteção à maternidade, notadamente à gestante;

V - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário.

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

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

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

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

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

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

Parágrafo único - Os recursos federais destinados à promoção, à proteção e à recuperação de saúde serão distribuídos aos Estados,

Municípios e Distrito Federal, segundo critérios definidos em lei, baseados nas necessidades locais e na escassez de recursos públicos.

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

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

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

III - promoção da integração ao mercado de trabalho;

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

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

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

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

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS:

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

Art. - Os recursos para manutenção das atividades do Sesi, Sesc e do Senac serão transferidos pela União através, respectivamente, do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério

do Trabalho, utilizando-se para tal os recursos do Tesouro Nacional atualmente vinculados ao fundo de previdência e assistência social, além de recursos ordinários da União.

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

DOC 27

Comissão de Sistematização

1ª e 2ª Versões (iguais)

DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 333 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações, voltado para assegurar os direitos sociais relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art. 334 - Incumbe ao poder público organizar a seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

- I - universalidade da cobertura;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para os segurados urbanos e rurais;
- III - equidade na forma de participação do custeio;
- IV - seletividade e distributividade da prestação dos benefícios e serviços;
- V - diversidade da base de financiamento;
- VI - irreduzibilidade do valor real dos benefícios;
- VII - caráter democrático e descentralidade da gestão administrativa.

Art. 335 - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante as contribuições sociais, bem como recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.

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

- I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, faturamento e sobre o lucro;
- II - contribuição dos trabalhadores;
- III - contribuição incidente sobre a renda da atividade agrícola;
- IV - contribuição sobre o patrimônio líquido das pessoas físicas;
- V - contribuição sobre a exploração de concursos de prognósticos;
- VI - adicional sobre os prêmios dos seguros privados.

§ 2º - A lei poderá instituir outras contribuições destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social.

Art. 336 - A folha de salários é base exclusiva da seguridade social e sobre ela não poderá incidir qualquer outro tributo ou contribuição.

Art. 337 - As contribuições sociais a que se refere o art. 335 e os recursos provenientes do orçamento da União compõem o fundo nacional de seguridade social, na forma da lei.

Parágrafo único - Toda contribuição social instituída pela União destina-se exclusiva e obrigatoriamente ao Fundo a que se refere este artigo.

Art. 338 - A programação do fundo nacional de seguridade social será feita de forma integrada com a participação dos órgãos responsáveis pelas áreas de saúde, de previdência social e de assistência social, que terão assegurada sua autonomia na gestão dos recursos.

§ 1º - Integrarão o orçamento do Fundo, o Fundo de Garantia do Seguro Desemprego e o de Garantia do Patrimônio Individual.

DOC 29

Proposta elaborada pelo Movimento Sanitário para negociação⁵
Fase final da Comissão de Sistematização

CONTEÚDO MÍNIMO

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

Parágrafo único - O Estado assegura o direito à saúde mediante políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e outros agravos à saúde, e o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 2º - As ações e serviços de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.

§ 1º - As ações e serviços de saúde constituem um sistema único de saúde, descentralizado para Estados e Municípios, com comando único em cada nível de governo e submetido ao controle da população, através de suas entidades representativas.

§ 2º - Os serviços privados de saúde, de capital nacional, podem participar do sistema único de saúde mediante contrato de direito público.

Art. 3º - O sistema único de saúde é financiado com recursos dos orçamentos da seguridade social, dos Estados, Distrito Federal,

⁵ Texto elaborado com decisiva participação de Eleutério Rodriguez Neto, num momento em que havia uma tendência à diminuição do tamanho do texto constitucional dedicado à saúde.

Territórios e Municípios, geridos de forma autônoma em cada nível de governo.

Art. 4º - A lei determinará as competências e atribuições do sistema único de saúde, incluindo obrigatoriamente o controle e a participação na produção de equipamentos, medicamentos e outros insumos, a execução das ações de vigilância sanitária e saúde ocupacional, a orientação das ações de saúde e saneamento e desenvolvimento científico e tecnológico e o disciplinamento da formação e da utilização dos recursos humanos, na área de saúde.

VERSÃO AMPLIADA

Art. 1º - idem

Art. 2º - *caput* - idem

§ 1º - idem

§ 2º - É livre o exercício profissional e a organização de serviços de saúde privados de capital nacional.

§ 3º - Aos serviços privados com fins lucrativos é vedada a destinação de recursos públicos para investimentos e, após cinco anos da promulgação desta Constituição, para custeio e compra de serviços.

§ 4º - Os serviços privados de saúde podem ser chamados a participar do sistema único de saúde sob condições de contrato de direito público, tendo tratamento preferencial os serviços comunitários sem fins lucrativos.

§ 5º - O poder público poderá intervir e desapropriar serviços privados necessários à execução dos objetivos da política nacional de saúde.

Art. 3º - *caput* - idem

Parágrafo único - O orçamento da seguridade social alocherà no mínimo trinta por cento de suas receitas ao sistema único de saúde.

Art. 4º - idem

Art. 5º - É garantido a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de seus filhos, vedado todo tipo de prática coercitiva por parte do poder público e de entidades privadas.

DOC 30

Comissão de Sistematização

Texto final

TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÃO GERAL

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

CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL

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

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

- I - universalidade da cobertura;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para os segurados urbanos e rurais;
- III - equidade na forma de participação no custeio;
- IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- V - diversidade da base de financiamento;
- VI - irreduzibilidade do valor dos benefícios;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa.

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

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

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

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

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

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

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

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

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 232 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas econômicas e sociais que visem à elimina-

ção ou redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

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

- I - comando administrativo único em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas;
- III - descentralização político-administrativa;
- IV - participação da comunidade.

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

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

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

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

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

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

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

- I - controlar e fiscalizar a produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, e dela participar;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde ocupacional;
- III - disciplinar a formação e a utilização de recursos humanos e as ações de saneamento básico;
- IV - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, cujos recursos terão administração unificada;
- V - controlar e fiscalizar a produção e a qualidade nutricional dos alimentos;
- VI - estabelecer normas para o controle e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;
- VII - colaborar na proteção do meio ambiente.

DOC 31

Proposta preliminar do "Centrão"

Dezembro 1987

SECÃO I - DA SAÚDE

Art. 225 - A proteção à saúde é um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas econômicas e sociais que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos, garantindo-se ao indivíduo o acesso universal às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrados num sistema nacional de saúde, regulamentado em lei complementar.

Parágrafo único - As ações e serviços de saúde serão financiados com recursos orçamentários da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 226 - O sistema nacional de saúde é composto de órgãos públicos e privados que funcionam subordinados a uma Política Integrada de saúde, cabendo ao Estado a norma e controle das ações e serviços de saúde, e a execução, tanto aos órgãos públicos como aos privados.

§ 1º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma supletiva nas ações do setor público, mediante contrato definido em lei.

§ 2º - E assegurado ao indivíduo a liberdade de escolha ou de recusa dos serviços de atendimento à saúde.

Art. 227 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema nacional, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - comando administrativo único em cada nível de governo;
- II - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas;
- III - descentralização político-administrativa;
- IV - participação da comunidade.

Art. 228 - Cabe ao setor público, além de outras atribuições que a lei estabelecer:

- a) fiscalizar e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunológicos, hemoderivados e outros insumos;
- b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e saúde ocupacional;
- c) colaborar na formação e na utilização de recursos humanos e nas ações de saneamento básico;

- d) incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico;
- e) exercer a fiscalização da qualidade nutricional dos alimentos;
- f) estabelecer normas para o controle, e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;
- g) colaborar na proteção do meio ambiente.

DOC 32

Substitutivo do "Centrão"

TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 226 - A ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 227 - A seguridade social compreende o conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a promover os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único - O poder público organizará a seguridade social, com base nas seguintes diretrizes:

- I - universalidade do atendimento;
- II - equivalência dos benefícios e serviços;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - diversidade das fontes de custeio;
- V - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- VI - descentralização administrativa.

Art. 228 - A seguridade social será financiada pela sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.

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

I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, ou sobre o faturamento, ressalvadas as contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários, destinadas às suas entidades privadas de serviço social e de formação profissional;

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos;

IV - outras contribuições previstas em lei.

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

§ 3º - Nenhum benefício ou serviço adicional da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio.

§ 4º - O orçamento da seguridade social será elaborado de forma integrada, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parágrafo único - O poder público assegurará a todos, mediante políticas econômicas e sociais adequadas, meios que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e que permitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 230 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - direção única em cada região ou sub-região administrativa;
- II - prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - descentralização;
- IV - participação da comunidade.

§ 1º - O sistema nacional único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, e do Orçamento da União.

§ 2º - A União organizará e regulamentará o disposto neste artigo, observada a autonomia dos Estados e dos Municípios.

Art. 231 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema nacional único de saúde, mediante contrato ou convênio, tendo preferência para este fim as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

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

§ 3º - É vedada a participação no sistema nacional único de saúde às empresas e capitais estrangeiros, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante e pesquisa, vedado todo tipo de comercialização.

Art. 232 - A lei regulamentará o sistema nacional único de saúde, com as seguintes atribuições além de outras que estabelecer:

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

- II - orientar a formação e a utilização de recursos humanos e as ações de saneamento básico, na área de seu interesse imediato;
- III - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e cooperar com a saúde ocupacional;
- IV - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;
- V - fiscalizar a produção e controlar a qualidade nutricional dos alimentos;
- VI - estabelecer normas para o controle e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;
- VII - colaborar para proteção do meio ambiente.

DOC 33

Projeto "Hércules IV"

Grupo dos 32

Fase de plenário

DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

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

- I - universalidade da cobertura;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para os segurados urbanos e rurais;
- III - equidade na forma de participação no custeio;

IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

V - diversidade da base de financiamento;

VI - irredutibilidade do valor dos benefícios;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa.

Art. 195 - A seguridade social será financiada compulsoriamente por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e recursos provenientes da receita tributária da União, na forma da lei.

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

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

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

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

§ 3º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, observado o disposto no art. 140.

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

§ 5º - O orçamento da seguridade social será elaborado de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, assistência e

previdência social, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos orçamentários.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 196 - Os cidadãos, a família e a sociedade têm direito à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, cabendo ao Estado o dever de pôr em prática políticas, ações e serviços que visem à eliminação ou redução do risco de doenças e de outros agravos e garantir o acesso universal e igualitário a essas ações e serviços.

§ 1º - As ações e serviços de saúde deverão integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema unificado, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- a) administração unificada em cada nível de governo;
- b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas;
- c) descentralização político-administrativa nos diferentes níveis de governo;
- d) participação da comunidade.

§ 2º - O sistema unificado de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 3º - É vedada a destinação de recursos orçamentários do poder público para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

Art. 197 - Cabe ao poder público regulamentar e controlar as ações e serviços de saúde, inclusive na sua área de execução.

§ 1º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que participará de forma supletiva no sistema unificado de saúde, cumprindo condições estabelecidas na forma da lei.

§ 2º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante e pesquisa, vedado todo tipo de comercialização.

Art. 198 - O sistema unificado de saúde, além de outras atribuições que lei estabelecer, tem competência para:

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

II - executar e fiscalizar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

III - disciplinar a formação e a utilização de recursos humanos nas ações de saneamento básico;

IV - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

V - fiscalizar a produção e a qualidade nutricional dos alimentos;

VI - estabelecer normas, controlar e fiscalizar o comércio e uso de medicamentos tóxicos, inebriantes e que utilizam radioisótopos;

VII - colaborar na proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho.

DOC 34

Texto alternativo para a fase de negociação final – Movimento Sanitário⁶

21 de abril de 1988

Art. 232 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas econômicas e sociais que visem à eli-

⁶ Texto elaborado com decisiva participação de Eleutério Rodriguez Neto.

minação ou a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 233 - As ações e serviços de saúde que se utilizem de recursos públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema nacional único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - direção político-administrativa única em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, preventivo e assistencial;
- III - descentralização político-administrativa;
- IV - participação da comunidade.

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

§ 2º - Os percentuais orçamentários que caberão aplicar anualmente no sistema nacional único de saúde, respectivamente, pela União, pelos Estados, pelos Territórios, Distrito Federal e Municípios serão fixados por lei.

Art. 234 - As ações e serviços de saúde são de natureza pública.

§ 1º - Cabe ao poder público a regulamentação, normatização e controle das ações e serviços de saúde.

§ 2º - Cabe ao poder público a execução direta ou através de terceiros, das ações e serviços que integram o sistema nacional único de saúde.

§ 3º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada que poderá participar do sistema nacional único de saúde, conforme dispuser a lei, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

§ 4º - É vedada a destinação de recursos públicos orçamentários ou subsidiados para investimentos em instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

§ 5º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante e pesquisa, assim como a coleta e transfusão de sangue e derivados, vedado todo tipo de comercialização.

§ 6º - A lei disporá sobre o emprego de terapias alternativas ou não convencionais na assistência à saúde e estimulará sua pesquisa e divulgação.

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

- I - prestar atenção integral à saúde das pessoas;
- II - controlar e fiscalizar a produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, e dela participar;
- III - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde ocupacional;
- IV - disciplinar a formação e utilização de recursos humanos na área da saúde;
- V - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- VI - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VII - controlar e fiscalizar a produção e a qualidade nutricional dos alimentos;
- VIII - estabelecer normas para o controle e fiscalizar a utilização de tóxicos e inebriantes;
- IX - colaborar na proteção do meio ambiente.

EMENDAS APRESENTADAS

- Sobre a denominação “sistema nacional único de saúde” – “Centrão” e Carlos Sant’Anna.
- “direção” político-administrativa – “Centrão”.
- Sobre o percentual orçamentário – Ronaldo Aragão.
- Sobre a “natureza pública” – Carlos Sant’Anna.
- Sobre a execução através de terceiros – Renato Bernardi.
- Sobre a participação da iniciativa privada “conforme dispuser a lei” – Salim Curiati.
- Sobre a destinação de recursos públicos “orçamentários” – José Fogaça, Carlos Sant’Anna e Mário Maia.
- Sobre terapia alternativa – Oswaldo Trevisan.
- Sobre o “que se utilizam de recursos públicos”; nova forma de “desenvolvidos pelo poder público” – Salim Curiati.
- Acréscimo por omissão anterior: Art. 235, inciso I: “prestar atenção integral à saúde das pessoas”.
- Sobre a divisão do inciso III – José Fogaça.

DOC 35

Proposta para negociação apresentada pelo senador Almir Gabriel Fase final

Art. 226 - A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Art. 227 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

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

- I - universalidade da cobertura;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços para os segurados urbanos e rurais;
- III - equidade na forma de participação no custeio;
- IV - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- V - diversidade da base de financiamento;
- VI - irreduzibilidade do valor dos benefícios;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação de trabalhadores, empresários e da comunidade, de acordo com a lei.

Art. 228 - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e recursos provenientes do orçamento da União, dos Estados, dos Territórios, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma da lei.

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

- I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
- II - contribuição dos trabalhadores;
- III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

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

§ 3º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social.

§ 4º - Nenhuma prestação de benefício ou de serviço compreendido na previdência e assistência social poderá ser criada, majorada ou estendida, sem a correspondente fonte de custeio total.

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

§ 6º - As contribuições de que trata este artigo só poderão ser exigidas depois de decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou aumentado.

§ 7º - O contribuinte em débito com o sistema de seguridade social não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios, incentivos, financiamentos ou recursos de qualquer natureza.

Art. 229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 230 - As ações e serviços de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado regulamentar, controlar, executar e promover sua execução.

§ 1º - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema Único, de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 2º - O sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, Distrito Federal, Territórios e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 3º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções (e financiamento favorecido) a instituições privadas com fins lucrativos.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos, substâncias humanas, para fins de transplante, pesquisa ou tratamento, vedado todo tipo de comercialização, inclusive do sangue.

§ 5º - A lei disporá sobre o emprego de terapias alternativas ou não convencionais na assistência à saúde e estimulará sua pesquisa e divulgação.

Art. 231 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar segundo as diretrizes do sistema único de saúde, mediante contrato ou convênio, a ser disciplinado em lei, tendo preferência as entidades filantrópicas sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

Art. 232 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições que a lei estabelecer:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

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

- III - disciplinar a formação e utilização de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - controlar, fiscalizar e inspecionar alimentos, inclusive seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos e tóxicos;
- VIII - colaborar para a proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho.

DOC 36

Proposta para negociação apresentada por representantes do "Centrão"

DA SAÚDE

Art. 229 - A saúde é um direito de todos e um dever do Estado assegurado mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 230 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - direção única em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - descentralização administrativa e da política de saúde;
- IV - participação da comunidade.

Parágrafo único - Cabe ao Estado regulamentar e promover a execução e controle dos serviços de saúde, assegurado seu financiamento com recursos do orçamento da seguridade social, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 231 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar, mediante contrato ou convênio a ser disciplinado em lei, do sistema Público Único de saúde, tendo a preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

§ 2º - Os recursos públicos para investimento no setor saúde serão assegurados prioritariamente às entidades públicas da administração direta e indireta.

ou:

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenção a instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a exploração direta ou indireta por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira dos serviços de assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa ou tratamento, inclusive o sangue, vedado qualquer tipo de comercialização.

Art. 232 - Ao sistema Público de saúde compete, além de outras atribuições que a lei estabelecer:

- I - a produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, e dela participar;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (não houve acordo sobre: “e de saúde ocupacional”);
- III - Coordenar a formação e a utilização de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação de programa e da execução de projetos de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - controlar e fiscalizar a produção e a qualidade nutricional dos alimentos;
- VII - colaborar na proteção do meio ambiente;
- VIII - estabelecer normas para o controle e fiscalizar a utilização de substâncias tóxicas, inebriantes e entorpecentes que causem dependência, sem prejuízo da ação de órgãos fazendários e policiais especializados.

DOC 37

Proposta para negociação apresentada pelo deputado Adolfo de Oliveira

(PL)

Fase final

Art. 229 - A saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 230 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - direção única em cada nível de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - descentralização;

IV - participação da comunidade.

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

Art. 231 - As ações e serviços de saúde são de interesse público, cabendo ao Estado sua regulamentação, controle, execução e promoção da execução.

Art. 232 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar, de forma complementar, mediante contrato ou convênio a ser disciplinado em lei, do sistema único de saúde, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenção a instituições privadas de saúde com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas e capitais estrangeiros nos serviços de assistência à saúde no País, conforme dispuser a lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de

transplante, pesquisa ou tratamento, vedado todo o tipo de comercialização, inclusive de sangue.

Art. 233 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições que a lei estabelecer:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- III - disciplinar a formação e utilização de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução de projetos de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - controlar, fiscalizar e inspecionar os alimentos, inclusive quanto ao seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - colaborar para a proteção ao meio ambiente, inclusive o do trabalho.

DOC 38

Nova proposta para negociação⁷
16 de maio de 1988

Art. 229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução

⁷ Já tendo sido superada a proposta anterior.

do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.

Art. 230 - As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, sendo sua execução feita diretamente ou através de terceiros.

Art. 231 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

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

Art. 232 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste e mediante contrato ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta e indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias para fins de transplan-

te, pesquisa ou tratamento, vedado todo o tipo de comercialização, inclusive de sangue.

Art. 233 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições que a lei estabelecer:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

III - participar da formação e utilização de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução de projetos de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, inclusive seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar para a proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho;

IX - cooperar com a saúde ocupacional.

DOC 39

Plenário – texto aprovado no 1º turno

17 de maio de 1998

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÃO GERAL

Art. 226 - A ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem-estar e a justiça social.

CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 227 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único - Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equanimidade na forma de participação do custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação de trabalhadores, empresários, aposentados e da comunidade.

Art. 228 - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante contribuições sociais e outros recursos provenientes do orçamento da União, dos Estados, dos Territórios, do Distrito Federal e dos Municípios, na forma da lei.

§ 1º - As receitas dos Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º - As contribuições sociais a que se refere o *caput* deste artigo são as seguintes:

I - contribuição dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - contribuição dos trabalhadores;

III - contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 3º - Ficam ressalvadas as atuais contribuições compulsórias dos empregadores sobre a folha de salários destinadas às entidades privadas de serviço social e formação profissional hoje existentes, vinculadas ao sistema sindical.

§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 174.

§ 5º - São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 6º - Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 7º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, obedecendo as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 8º - As contribuições que trata este artigo só poderão ser exigidas depois de decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado.

§ 9º - A pessoa jurídica em débito com a seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

SEÇÃO I - DA SAÚDE

Art. 229 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 230 - As ações de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 231 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização com direção única em cada nível de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

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

Art. 232 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão do sangue e seus derivados, vedado todo o tipo de comercialização.

Art. 233 - Ao sistema único de saúde compete, nos termos da lei, além de outras atribuições:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, inclusive controlar seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar com a proteção do meio ambiente, inclusive o do trabalho.

DOC 40

Constituição da República Federativa do Brasil

Outubro de 1988

CAPÍTULO II - DA SEGURIDADE SOCIAL

SEÇÃO I - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 195 - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º - As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º - A pessoa jurídica em débito com o sistema de seguridade social e com o estabelecido em lei não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefício ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º - Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º - As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b.

§ 7º - Serão isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º - O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus ao benefício nos termos da lei.

SEÇÃO II - DA SAÚDE

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebida e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Agradecimentos

Claudia Franco de Araujo, Cristiani Vieira Machado, João Canossa, Juliana Krapp, Milena da Rocha Franco, Phelipe Gasiglia, Rodrigo Méxas e Sonia Fleury.

Este livro foi editado em acesso aberto, podendo ser baixado e acessado *on-line* em *tablets*, *smartphones*, telas de computadores e em leitores de *e-books*.

Produção: Multimeios | Icict | Fiocruz
Textos compostos em
Latina Essencial e Trebuchet MS.

Rio de Janeiro, outubro de 2019.



Saúde: promessas e limites da Constituição – de Eleutério Rodriguez Neto – é um livro essencial para compreender como e por que o direito à saúde e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) foram inscritos na Constituição de 1988. Militante da Reforma Sanitária brasileira, protagonista na Plenária de Saúde, assessor dos movimentos sociais e de deputados, Eleutério participou dos meandros e das entrelinhas dos debates sobre as diferentes propostas em disputa no cenário da Assembleia Nacional Constituinte. Impossível compreender o SUS sem ter a Constituição de 1988 como referência, tanto quanto estudar a Reforma Sanitária e o SUS em seus desdobramentos posteriores sem ler este livro.

APOIO



REALIZAÇÃO

