UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

FERNANDO GONÇALVES MARQUES

**A Assembléia Nacional Constituinte e a política de saúde no
Brasil**

São Paulo
2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

A Assembléia Nacional Constituinte e a política de saúde no Brasil

Fernando Gonçalves Marques

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciência Política
do Departamento de Ciência Política da Faculdade
de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da
Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre em Ciência Política.

Orientador: Prof^a. Dra. Marta Arretche

São Paulo
2010

Resumo: O sistema de saúde brasileiro teve início na primeira metade do século XX estruturado em um modelo diretamente vinculado ao sistema previdenciário. Ao longo do tempo, este modelo sofreu ampliações e ajustes incrementais. Entretanto, no final do século XX, passou por uma mudança estrutural. Foi transformado em um serviço público como direito de cidadania a ser garantido, pelo Estado, de forma universal e gratuita. A Assembléia Nacional Constituinte (ANC) de 1987/88 pode ser considerada um momento crucial da decisão por esta reforma. Portanto, esta se torna o ponto chave para a análise da mudança de paradigma na política de saúde. Este trabalho examina a transformação do sistema de saúde brasileiro – de um modelo de base contributiva para um modelo universal gratuito –, tendo como referência analítica a influência das instituições – entendidas aqui como regras do processo decisório, instituições governamentais e políticas anteriores.

Palavras-chave: SUS; instituições; políticas anteriores; preferências dos eleitores; processo constituinte; Centrão.

Abstract: The Brazilian health system began in the first half of the twentieth century in a structured model directly linked to the pension system. Over time, this model has undergone extensions and incremental adjustments. However, in the late twentieth century, has undergone a structural change. It was transformed into a public service as a citizenship right to be guaranteed by the state, so universal and free. The National Constituent Assembly (1987/88) can be considered a crucial moment of decision for this reform. So this becomes the key point for the analysis of paradigm shift in health policy. This paper examines the transformation of the Brazilian health system – a model of the contribution base for a universal free - with reference to analytic influence of institutions - understood here as rules of decision-making, government institutions and previous policies.

Keywords: institutions; previous policies, the preferences of voters, constitutional-making process; Centrão.

AGRADECIMENTOS

À CAPES, cuja bolsa de estudos tornou possível a minha participação no programa de mestrado do Departamento de Ciência Política.

Aos professores e funcionários do Departamento de Ciência Política, todos sempre muito gentis e atenciosos.

Aos amigos e família, por todo o apoio nos momentos mais importantes.

À Profª Marta Arretche, cuja contribuição foi imprescindível para este trabalho, minha gratidão pelo estímulo acadêmico e pela orientação enriquecedora.

Finalmente, aos meus pais, que sempre me incentivaram e me ajudaram nos momentos mais difíceis.

Sumário

Introdução	5
Capítulo 1. Instituições, políticas anteriores e processo decisório	10
1.1. Teoria das mudanças graduais nas instituições	10
1.2. Regras Institucionais e decisões políticas	13
1.3. Políticas anteriores, antecipação das preferências dos eleitores e escolhas políticas: uma análise bidimensional	16
1.3.1. As políticas anteriores	17
1.3.2. A dinâmica da relação entre legisladores, líderes de coalizão e eleitores	19
Capítulo 2. Legado histórico	26
2.1. Introdução e Expansão do Modelo de Serviço Público de Saúde	26
2.2. Políticas de Saúde na primeira fase da ditadura militar (1964 – 1974)	29
2.3. Inflexão política do regime militar e suas implicações para o sistema de saúde	31
2.4. A 8ª Conferência Nacional de Saúde	37
Capítulo 3. A Assembléia Nacional Constituinte (ANC)	42
Capítulo 4. Deliberações na ANC	48
4.1. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente	48
4.2. Comissão da Ordem Social	59
4.3. Comissão de Sistematização	64
4.4. Plenário	73
4.5. Conclusões sobre as deliberações ocorridas na ANC	81
Capítulo 5. Mudanças graduais e sua influência na construção do SUS	88
Capítulo 6. A Influência das regras regimentais na construção do SUS	92
Capítulo 7. As políticas anteriores e a antecipação das preferências dos eleitores: uma análise bidimensional	101
7.1. As políticas anteriores	102
7.2. A antecipação das preferências dos eleitores	107
Conclusões	111
Referências Bibliográficas	117

Introdução

O sistema de saúde brasileiro teve início na primeira metade do século XX estruturado em um modelo diretamente vinculado ao sistema previdenciário. Ao longo do tempo, este modelo sofreu ampliações e ajustes incrementais. Entretanto, no final do século XX, passou por uma mudança estrutural. Foi transformado em um serviço público como direito de cidadania a ser garantido, pelo Estado, de forma universal e gratuita. A Assembléia Nacional Constituinte (ANC) de 1987/88 pode ser considerada um momento crucial da decisão por esta reforma. Portanto, esta se torna o ponto chave para a análise da mudança de paradigma na política de saúde. .

Este trabalho examina a transformação do sistema de saúde brasileiro – de um modelo de base contributiva para um modelo universal gratuito –, tendo como referência analítica a influência das instituições – entendidas aqui como regras do processo decisório, instituições governamentais e políticas anteriores. Para cumprir tal objetivo, é necessário dialogar com três interpretações possíveis sobre o processo de formação do sistema de saúde brasileiro.

A primeira interpretação considera as mudanças graduais da política de saúde ao longo do regime autoritário. Esta visão, cuja principal referência é Tulia Falletti (2009) sustenta que algumas mudanças graduais, implementadas ao longo do tempo, podem ter impacto maior do que eventos específicos na formação de políticas públicas. Mais precisamente, no caso do sistema de saúde brasileiro, esta proposição argumenta que as políticas em vigência antes da ANC foram se desenvolvendo de forma gradual até chegar no modelo do SUS. Sendo assim, a constitucionalização do sistema de saúde teria sido apenas uma confirmação legal da política de saúde que já estava em vigor.

A segunda abordagem considera as regras institucionais na elaboração das políticas públicas. Durante a Constituinte, houve uma mudança regimental que alterou as

regras do processo decisório, ou seja, a mesma Constituinte foi regida por dois modelos distintos de regras. Tal fato torna possível testar, comparativamente, o efeito das regras do processo decisório na formação do atual sistema de saúde brasileiro. Por este mecanismo, a mudança do Regimento Interno teria influenciado significativamente o desenho da política de saúde formulado na Assembléia Nacional Constituinte. Sandra Gomes (2006) encontrou esta explicação para algumas das mais importantes deliberações da ANC.

Existe ainda a interpretação de que o SUS foi fruto do embate entre os sanitaristas e o segmento da iniciativa privada atuante no setor da saúde. De acordo com esta abordagem, cujas principais referências são trabalhos dos próprios sanitaristas, tais como Rodriguez Neto (2003), os sanitaristas teriam conseguido se organizar a ponto de influenciar as preferências de muitos dos constituintes para que a saúde passasse a ser um direito de cidadania para todos os brasileiros.

As conclusões apresentadas nesta dissertação questionam as abordagens acima descritas. Esta interpretação leva em conta duas dimensões não excludentes, que afetam as decisões de atores políticos ao decidirem sobre propostas de políticas públicas. A primeira dimensão está relacionada à influência das políticas anteriores na construção e/ou reformas de sistemas de proteção social, qual seja, o entendimento de que muitos dos constrangimentos causados na elaboração de políticas públicas pode ser resultado de políticas públicas previamente estabelecidas. A segunda dimensão considerada refere-se à dinâmica parlamentar do processo decisório, mais especificamente o modo como a interação entre atores políticos – líderes de coalizões, parlamentares e eleitores – afetam o desenho de políticas públicas. Esta análise é feita com base na idéia de que políticos estão sempre preocupados com as futuras eleições, e, por isso, tentam antecipar as possíveis preferências dos eleitores para evitar qualquer associação negativa entre uma determinada política e sua atuação na arena parlamentar.

Em primeiro lugar, as conclusões deste trabalho demonstram que algumas mudanças incrementais e graduais nas políticas anteriores ao SUS, tais como os esforços pela descentralização, tiveram influência na formação do atual sistema de saúde. Porém, embora importantes, estas mudanças graduais não foram mais importantes para a construção do Sistema Único de Saúde do que as deliberações na ANC. Esta dissertação sustenta que os serviços de saúde só se transformaram em um direito de cidadania na Constituinte.

Em segundo lugar, a mudança do Regimento Interno não afetou o desenho do sistema de saúde adotado na ANC. O fato é que os principais pontos de disputa da política de saúde na Constituinte - quem seriam os responsáveis pela provisão dos serviços e qual o limite de regulação do Estado sobre as atividades privadas - já tinham sido resolvidos antes da mudança no Regimento Interno. A mudança no regimento não alterou as deliberações dos constituintes sobre a política de saúde. Além disso, embora o Regimento Interno tenha alavancado a capacidade de coalizões minoritárias afetarem o conteúdo final do texto constitucional, no caso da saúde, a minoria que almejava um sistema de saúde totalmente estatal era tão reduzida que nem mesmo o desenho descentralizado de deliberação da ANC poderia ajudá-la.

Por fim, concluímos que tanto as políticas previamente estabelecidas, como o processo de redemocratização, foram fundamentais para a construção do atual sistema de saúde brasileiro. Os parlamentares levaram em consideração tanto a análise das políticas anteriores ao SUS como a antecipação das possíveis preferências dos eleitores no cálculo para a decisão de seus votos sobre o sistema de saúde.

Os atores políticos envolvidos tinham uma avaliação própria das políticas de saúde em vigência na época e utilizaram esta avaliação para embasar seus argumentos quanto ao modelo ideal do sistema de saúde. Ao analisarem as políticas anteriores ao SUS, a maioria dos constituintes optou pela descentralização, pela ampliação e

diversificação das fontes de recursos e pela proibição de destinação de auxílios e subvenções do Estado para entidades privadas com fins lucrativos. Ademais, na década de 80, a participação dos provedores privados nos serviços de saúde era tão significativa que tornava inviável uma alteração radical na estrutura de provisão dos serviços em direção à adoção de um sistema de saúde totalmente estatal. Isso explica a constitucionalização da permissão para a iniciativa privada atuar no SUS.

O contexto de redemocratização do Brasil fez com que os políticos não só observassem as políticas anteriores, como também considerassem as preferências dos eleitores quanto ao futuro sistema de saúde brasileiro. A divulgação de quais eram os constituintes que votavam a favor de políticas impopulares e o livro do DIAP, relatando como cada um votava nas questões relativas aos trabalhadores são dois exemplos de instrumentos que permitiam a avaliação do desempenho dos parlamentares na ANC, que poderiam influenciar os cidadãos na decisão sobre “em quem votar” nas eleições seguintes. Essa possibilidade fez os constituintes anteciparem as possíveis preferências dos eleitores antes de definirem seus próprios votos na Constituinte.

Os parlamentares puderam antecipar que as atenções dos cidadãos estavam voltadas apenas para os aspectos da política diretamente ligados à abrangência e à provisão dos serviços. Os constituintes concluíram, então, que questões como a descentralização, fontes de financiamentos, destinação de recursos públicos para entidade privadas com fins lucrativos, dentre outras, não seriam relevantes para os eleitores. Sendo assim, era desnecessário antecipar as preferências dos cidadãos quanto a estas questões. De acordo com os parlamentares, os serviços privados de saúde eram bem avaliados pela população. Tal fato sustentava o argumento da necessidade da participação dos provedores privados no SUS.

Sendo assim, os constituintes anteciparam as preferências dos eleitores e perceberam que a participação da iniciativa privada na provisão dos serviços de saúde

não era impopular. Portanto, a maioria dos constituintes optou pela manutenção da possibilidade da participação dos provedores privados no SUS.

O trabalho está dividido em oito partes. A primeira apresenta os principais pressupostos teóricos utilizados neste trabalho. Na segunda parte, o objetivo é apresentar o legado histórico da política de saúde, informação essencial para o entendimento do atual modelo de serviço de saúde. A terceira apresenta a descrição da organização dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte. Na seqüência, está a exposição dos debates ocorridos em todas as fases da ANC, bem como uma análise dos atores políticos envolvidos e suas preferências.

Na quinta parte foi examinada a proposição relativa à importância das mudanças graduais das políticas públicas anteriores na construção do atual sistema de saúde brasileiro. Em seguida está a demonstração da evolução do texto constitucional referente ao tema da saúde – Anteprojetos, Projetos e Substitutivos encaminhados na Constituinte – e as considerações sobre a aplicabilidade da hipótese da influência da mudança nas regras regimentais no resultado final do texto constitucional relativo à saúde. Na seção seguinte, são apresentadas as possíveis explicações para a questão da saúde, levando em consideração a análise bidimensional da definição das preferências dos atores. Esta seção trata dos fatores políticos relacionados às políticas anteriores ao processo decisório e à antecipação das possíveis preferências na construção da política de saúde brasileira. Por fim, faço minhas considerações finais.

Capítulo 1. Instituições, políticas anteriores e processo decisório

Este trabalho parte do pressuposto que instituições afetam criticamente o processo decisório da formulação das políticas públicas. Assim, as principais variáveis utilizadas neste estudo foram as regras institucionais do processo decisório bem como as políticas anteriores e suas transformações ao longo do tempo. Estas variáveis podem criar muitos dos limites e oportunidades no interior dos quais políticas públicas são concebidas e modificadas pelos atores politicamente ativos.

A formação histórica do Estado Nacional é importante para que se observe o caráter e a natureza do conjunto de estruturas políticas. As formas históricas de interação entre estrutura estatal e instituições políticas podem explicar a natureza das atuais instituições. Portanto, as formas pelas quais as referidas estruturas condicionam as identidades, os objetivos e as capacidades dos grupos sociais envolvidos na formulação de políticas são relevantes.

Uma determinada política pode ser o resultado da forma de ação dos interessados em implementá-la, no interior de um contexto cujas regras de operação são específicas. Portanto, os mecanismos institucionais no interior dos quais as políticas são formuladas e sustentadas politicamente, sejam eles regras formais ou estruturas consolidadas, são essenciais para que se possa compreender o formato das políticas públicas.

1.1. Teoria das mudanças graduais nas instituições

A análise institucional produziu diversos trabalhos sobre a mudança institucional. São trabalhos que examinam principalmente os momentos cruciais que provocaram ou

ensejaram estas mudanças. No entanto, não existem muitos trabalhos que tratem de modificações incrementais nas instituições.

Há muita atenção voltada para alterações de grande proporção, que acontecem abruptamente e que são provocadas por fatores exógenos. Porém, são mais escassos os estudos sobre fatores endógenos que geram pequenas alterações, muitas vezes apenas ajustes incrementais, ocorridas durante um longo período de tempo.

Mahoney and Thelen (2009: 4) sugerem uma linha de análise endógena, segundo a qual alterações nas configurações institucionais podem ocorrer quando os atores políticos disputam a interpretação sobre a execução das regras institucionais. Nestes momentos cria-se a oportunidade para que as regras em vigor sejam reinterpretadas. Este entendimento das mudanças institucionais permite modificações incrementais, que passam despercebidas por outras abordagens de cunho institucional.

O argumento de Mahoney and Thelen (2009, p. 31) enfatiza a interação entre características do contexto político, combinadas com as especificidades das próprias instituições. Uma das possibilidades de modificação gradual é o *layering*, processo no qual as alterações institucionais ocorrem por meio da introdução de novos elementos nas instituições ou políticas existentes, ao invés de reformas amplas e estruturais. Nestes casos, mesmo atores políticos com amplo poder de veto têm dificuldades de impedir a adição de novas regras ou elementos nas instituições vigentes (Mahoney and Thelen , 2009, p. 20)

Tratando mais especificamente da construção do atual sistema de proteção social brasileiro, alguns analistas acreditam que a ANC não produziu alterações significativas nas políticas públicas como educação e saúde (Ames, 1995, p.325). Outros postulam que até houve um certo avanço na reforma de tais políticas, mas seu impacto foi limitado (Weyland, 1996, p.169). Para estes autores, a Constituição de 1988 não poderia ser considerada um marco na reforma do sistema de proteção social brasileiro.

Seguindo a abordagem teórica das mudanças institucionais graduais e tratando mais especificamente do caso brasileiro, Tulia G. Falleti (2009, p. 39) contraria a idéia da transformação do sistema de saúde ocorrida em um período de excepcional oportunidade para reformas, como o oferecido pela Assembléia Nacional Constituinte de 1987-88. Afirma que o sistema de saúde brasileiro, que era fragmentado e associado ao sistema previdenciário, sofreu alterações incrementais e graduais até sua universalização. (Falleti, 2009 p. 56)

Na visão da autora, a política de saúde não foi reformada, mas sim ajustada e ampliada ao longo da ditadura militar e na transição para a democracia. Tais mudanças incrementais foram introduzidas devido à ação dos atores políticos que atuavam no interior da burocracia do regime militar, e que haviam conquistado este espaço de atuação principalmente na fase de ampliação da oferta de serviços de saúde promovida pelo regime autoritário. (Falleti, 2009 p. 40)

Ainda conforme a autora, os sanitaristas aproveitaram as oportunidades de ação dentro do próprio sistema vigente e, ao longo do tempo, introduziram pequenas modificações incrementais, que transformaram o sistema de forma lenta e gradual (Falleti, 2009 p. 56).

Os capítulos 2, 3 e 4 examinarão a trajetória do sistema de saúde brasileiro, desde o primeiro governo Vargas até a criação do SUS na Assembléia Nacional Constituinte (ANC). Desta forma, analisam a política anterior a ANC como também as deliberações ocorridas durante a elaboração da Constituição de 1988. Sendo assim, será perfeitamente possível observar a aplicabilidade do postulado das mudanças graduais e incrementais nas instituições.

1.2. Regras Institucionais e decisões políticas

Um consenso entre os cientistas políticos contemporâneos é o de que as instituições importam. No entanto, a forma como as instituições afetam os resultados ainda é um campo aberto para discussão. (Tsbelis, 1997, p.89).

Uma forma de avaliar a influência das instituições é usar como variável dependente o potencial de mudança de políticas existentes em diferentes contextos institucionais. Sendo assim, a ausência das mudanças é entendida como estabilidade (Tsbelis, 1997, p.90).

A estabilidade das políticas públicas pode ser afetada por três fatores: o número de atores políticos capazes de vetar alterações nas políticas públicas; a similaridade das posições políticas destes atores; e a diferença entre as preferências destes mesmos atores (Tsbelis, 1997, p.96), sendo que o número de atores de veto varia de acordo com o assunto em discussão (Tsbelis, 1997, p.100).

Abordagem próxima a esta é a de Ellen Immergutt (1996, p.144), referente às “regras do jogo”. A autora afirma que o processo para a aprovação de uma política é afetado por arenas decisórias onde estas são passíveis de veto. As regras decisórias e a composição de cada arena definem as possibilidades de veto. As decisões não são simples atos unilaterais tomados pelo Executivo. Na realidade, são o resultado de uma seqüência de decisões, afirmativas ou negativas, tomadas em diferentes arenas de decisão.

Immergutt (1996, p.144) destaca que as possibilidades de veto não são aleatórias, mas podem ser previstas de acordo com as regras do processo decisório e com a composição partidária das diferentes arenas de decisão. A aprovação de uma proposta está diretamente relacionada ao número e localização de arenas de veto. Porém, o fato de existirem poucas ou apenas uma arena decisória não garante a

aprovação da proposta, pois, se os atores presentes – com poderes de veto – não estiverem de acordo com tal proposta, esta arena será um ponto de veto.

A autora afirma ser fundamental observar quais são as regras do jogo realmente relevantes, pois são elas que explicam as estratégias dos atores. Os interessados em aprovar uma proposta têm de ser capazes de reunir decisões favoráveis ao longo da cadeia de arenas decisórias. Por outro lado, os grupos que quiserem refutar tal proposta devem ser capazes de vetá-la. Assim, poderão ameaçar ou persuadir os atores envolvidos no processo decisório.

É necessário ter em vista que não existe um vínculo direto entre um determinado desenho institucional e o resultado das disputas em torno de uma política. Porém, no momento em que se definem as regras do jogo, conhecendo as arenas decisórias e os possíveis pontos de veto, são criadas as condições para antever de que forma os conflitos em torno de uma política se desenvolvem (Immergutt, 1996, p.144-148).

De acordo com Immergutt (1996, p. 148), em alguns casos, os resultados das políticas não podem ser explicados apenas por diferenças de opinião entre os legisladores, ou por diferenças de partidos políticos, ou por diferenças nas preferências dos vários grupos de interesses envolvidos no debate. Sua tese indica que a melhor explicação para o resultado de algumas políticas públicas está análise das regras institucionais que estruturam o processo decisório.

Isto não quer dizer que os resultados eleitorais não influenciem o processo. As preferências dos legisladores, bem como a composição eleitoral das arenas decisórias (resultados eleitorais), são muito importantes. No entanto, as regras do jogo decisório podem limitar, ou constranger, as opções destes atores.

Sandra Gomes (2006, p.194) analisou o processo constituinte brasileiro com base nos mesmos pressupostos teóricos. Segundo a autora, o resultado final de elaboração de uma determinada política pública não pode ser explicado apenas com a

observação das preferências iniciais dos atores políticos. As regras e os procedimentos estabelecidos também influenciam as escolhas desses atores. Em seu artigo¹ que trata da influência das regras institucionais utilizadas na ANC sobre o conteúdo substantivo da Constituição de 1988, Gomes (2006: 195) argumenta que o texto final da Constituição foi fortemente influenciado pelas regras de organização dos trabalhos legislativos, regras estas que foram elaborados pelos próprios constituintes nos dois regimentos internos.

De acordo com Gomes (2006: 195), a adoção de regras procedimentais descentralizadas na ANC teria proporcionado um aumento da capacidade de coalizões minoritárias constitucionalizarem suas preferências. Portanto, em questões não consensuais, minorias organizadas poderiam aprovar suas propostas a despeito das preferências da maioria dos constituintes.

Como nosso objetivo é encontrar variáveis explicativas para a mudança em direção a um modelo de saúde universal, podemos utilizar os preceitos teóricos expostos até aqui para fazer uma análise.

No caso da formação do SUS, a interpretação de Gomes (2006) indicaria que a mudança do regimento interno implicaria uma modificação substantiva da proposta aprovada para a política de saúde. De acordo com a teoria, se não houve mudança nas preferências dos atores envolvidos, e se a composição eleitoral permanece igual durante a Constituinte, a modificação das regras do jogo proporcionaria o ensejo para a introdução ou retirada de pontos importantes e não consensuais entre os legisladores.

É fato que houve uma mudança significativa nas regras do processo decisório na Constituinte de 87/88. Além disso, sabemos que a composição da arena permaneceu igual durante o longo período de debates. Sendo assim, para testar tal hipótese é

¹ GOMES, Sandra. (2006) "O impacto das regras de organização do processo legislativo no comportamento dos parlamentares: um estudo de caso da Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988)". Dados, Rio de Janeiro, v. 49, nº. 1, 2006.

necessário examinar os projetos aprovados nas fases de deliberação até a modificação do regimento e compará-los com o projeto final aprovado no plenário, já sob vigência das novas regras regimentais.

1.3. Políticas anteriores, antecipação das preferências dos eleitores e escolhas políticas: uma análise bidimensional

A análise feita aqui leva em consideração duas dimensões diferentes, porém não excludentes, na definição das escolhas dos atores políticos. Seguindo esta linha de raciocínio, podemos afirmar que os atores políticos não definem suas escolhas apenas com base na avaliação das políticas anteriores, tampouco levam em consideração apenas as antecipações que conseguem fazer das preferências dos eleitores. Esta abordagem postula que os parlamentares fazem um cálculo baseado nestas duas dimensões para decidir como votar nos processos de deliberação sobre políticas públicas.

Contudo, é imprescindível saber como as políticas anteriores e a antecipação das preferências dos eleitores interferem no processo decisório. Hacker e Pierson (2002: 278) advertem para a necessidade de prestar muita atenção nos fatores metodológicos relativos ao exercício da influência, isto é, na forma pela qual é possível identificar esta influência e sua mensuração. São três as complicações, consideradas pelos autores, para atingir este objetivo: distinguir e investigar múltiplos mecanismos de exercício da influência; a especificação das preferências; e a inferência resultante de uma correlação *ex-post* entre as preferências dos atores e os resultados obtidos. Para estes autores, um perigo na análise da influência dos atores é acreditar que o resultado da política é uma evidência das intenções de determinado ator e, por meio deste método de inferência, concluir que os beneficiários de uma política tiveram poder para influenciar o processo

decisório. Assim, para demonstrar a influência não basta apenas indicar que os resultados vão ao encontro das preferências. É essencial demonstrar que estes resultados são produto do poder direto, ou indireto, do ator ou instituição observada.

1.3.1. As políticas anteriores

Para os cientistas políticos que examinam políticas públicas sob o prisma da relevância das instituições, não apenas as regras formais ou informais podem ser analisadas como instituições. Algumas políticas públicas também podem ser encaradas como tal (Pierson, 2006, p.114-116).

Um importante pressuposto analítico desta abordagem é o de que políticas públicas, uma vez implementadas, estruturaram os processos políticos subseqüentes. Ou seja, a política cria as políticas públicas e estas, por sua vez, modificam a política (Skocpol, 1995 p.58). Portanto, políticas públicas devem ser observadas tanto como o objeto final, quanto como o objeto inicial de análise.

Conforme Skocpol (1995, p.58), as políticas públicas produzem *feedback effects* que atuam de duas maneiras diferentes. Os *feedback effects* afetam tanto a capacidade do Estado em implementar políticas em um momento futuro, quanto afetam os grupos de interesses, seus objetivos políticos e suas chances de alcançá-los.

Tendo em vista a influência das políticas anteriores, a análise de sua formação torna-se essencial para qualquer explicação válida para a o desenvolvimento de políticas públicas nacionais (Skocpol, 1995 p.59)

Segundo Pierson (2006, p.114), políticas públicas nem sempre são tratadas como instituições. Entretanto, segundo o autor, esta formulação teórica pode ser útil na medida em que produz uma base para a extensão de muitos argumentos sobre efeitos das instituições sobre a produção de políticas públicas. Diferentemente das instituições

formais, as políticas públicas afetam o jogo político de uma forma indireta. Esse processo ocorre por meio dos atores políticos na medida em que as políticas anteriores influenciam as suas preferências e suas estratégias de ação (Pierson, 2006, p.116).

As políticas públicas podem afetar o jogo político de maneiras diferentes. Uma delas é através da composição e capacidade de obtenção de recursos dos grupos de interesses, outra forma é influenciando as preferências dos atores políticos envolvidos (Pierson, 2006, p.126). O conceito de *policy feedback* (Pierson, 2006, p. 117-119) trata da influência das políticas anteriores na formação das preferências dos atores. Por meio da alocação de recursos políticos e monetários, uma determinada política pública pode oferecer ensejo para a criação e/ou consolidação de grupos de interesses. Como aponta Menicucci (2007:26-28), um resultado de políticas públicas já estabelecidas pode ser a construção ou expansão de grupos de interesses, os quais, em suas atividades, podem gerar padrões de comportamento, criar constrangimentos para alterações das trajetórias das políticas, e até inibir a ação de outros grupos de interesses. Assim sendo, políticas estabelecidas anteriormente podem formar grupos e coalizões de apoio que protejam o modelo de política adotado e dificultem quaisquer alterações consideradas inconvenientes para os próprios grupos de interesses.

Seguindo esta linha teórica, outro importante conceito na análise de políticas públicas é o de *path dependence* (Pierson, 2004 p.18 -19). O conceito estabelece que a opção por um modelo de política no passado torna os custos de alteração maiores que os custos de manutenção desse formato. Na avaliação dos custos, os valores envolvidos não são necessariamente financeiros, também podem ser políticos, administrativos, organizacionais etc. Por meio da alocação de recursos políticos e monetários, uma determinada política pública pode oferecer ensejo para a criação e/ou consolidação de grupos de interesses. Como aponta Menicucci (2007: 27-29), um resultado de políticas públicas já estabelecidas pode ser a construção ou expansão de grupos de interesses, os

quais, em suas atividades, podem gerar padrões de comportamento, criar constrangimentos para alterações das trajetórias das políticas, e até inibir a ação de outros grupos de interesses. Assim sendo, políticas estabelecidas anteriormente podem formar grupos e coalizões de apoio que protejam o modelo de política adotado e dificultem quaisquer alterações consideradas inconvenientes para os próprios grupos de interesses.

Desta forma podemos dizer que uma política previamente implementada pode, em um momento futuro, interferir tanto nas preferências de atores, como nas suas estratégias. Tal fato implica a limitação nas opções viáveis.

1.3.2. A dinâmica da relação entre legisladores, líderes de coalizão e eleitores

A segunda dimensão da análise diz respeito ao cálculo efetuado pelos parlamentares, que em algumas oportunidades aprovam leis que beneficiam determinados setores em detrimento dos interesses gerais, e em outras preferem aprovar projetos que vão ao encontro dos interesses gerais, em detrimento das demandas de grupos específicos da sociedade.

De acordo com Arnold (1992: 5), muitos analistas conseguem explicar por que os grupos de interesses são exitosos em aprovar matérias que lhes são favoráveis. A atividade dos lobistas geralmente influencia o processo decisório, e até mesmo quando não há uma ação organizada, os alvos da legislação tendem a se mobilizar mais do que aqueles que não serão diretamente afetados. Não existe mistério na aprovação de leis que não geram custos a nenhum grupo de interesse ou a uma localidade, pois tal ato deveria, em tese, ser popular e gerar apenas créditos políticos².

² Interessante notar que no texto o autor dá justamente o exemplo de pesquisa na área de saúde como uma política que não gera custo a ninguém (1992: 4)

No entanto, explicar a legislação que serve a interesse difuso e geral é uma tarefa mais complicada. A questão é saber o que motiva os legisladores a aprovar leis que beneficiam interesses gerais e geram custos concentrados. Para elucidar a pergunta, Arnold (1992: 5) analisa três atores políticos que julga serem os principais, quais sejam: os cidadãos, os parlamentares e os líderes das coalizões. Entender as interações entre eles é um ponto chave para compreender a lógica das decisões parlamentares.

Segundo Arnold (1992: 5), mesmo que os legisladores sejam os responsáveis pela aprovação final das leis, suas escolhas são influenciadas tanto pela atuação dos líderes das coalizões como pela antecipação do comportamento eleitoral dos cidadãos nas próximas eleições. Assim, os líderes das coalizões optam por uma dentre várias propostas sobre uma determinada política e definem a estratégia para promulgá-la.

Vale ressaltar que esta abordagem teórica pressupõe que os parlamentares têm a intenção de se reeleger. Mesmo que este não seja seu único propósito, a renovação de mandato é seu principal objetivo. Assim, Arnold (1992: 5) afirma que o legislador racional não deseja por em risco um futuro mandato, mesmo que seja para alcançar outro alvo. Caso não exista nenhum risco quanto à sua reeleição, o legislador tende a escolher aquilo que ele próprio julgue como uma boa política. Os líderes das coalizões também estão incluídos nesta lógica de atuação. Desta forma, podemos perceber que o cálculo eleitoral está no centro do argumento do autor³. Sendo assim, é necessário compreender qual o método utilizado pelos parlamentares para estimar a consequência eleitoral de seus votos no parlamento.

Os líderes de coalizões exitosos definem suas propostas levando em consideração qual projeto pode ser mais atraente para a maioria dos parlamentares que participam do processo decisório. Estes últimos, por sua vez, tentam antecipar a reação dos eleitores a

³ Na realidade, o autor acredita que o cálculo eleitoral afeta o processo decisório independentemente de a legislação proposta beneficiar interesses localizados ou interesses gerais. (1992: 6)

suas escolhas. Portanto, os líderes das coalizões têm que antecipar as reações dos cidadãos primeiro, para prever as preferências dos congressistas, e avaliar quais as chances de aprovação de uma determinada política. A dinâmica desta previsão das opiniões é denominada por Arnold (1992: 10) como identificação das “possíveis preferências”. A chave da questão é entender como os políticos enxergam estas possíveis preferências dos eleitores.

Para Arnold (1992: 12), a avaliação das opiniões dos eleitores é facilitada pelo fato dos congressistas não precisarem saber qual a preferência de cada eleitor sobre uma ampla gama de alternativas. As escolhas são feitas baseadas em pares de alternativas. Assim, os legisladores pesam qual das duas alternativas em questão tem menor chance de gerar uma opinião negativa nos eleitores. Além disso, tal exame não é realizado apenas individualmente. O Congresso é uma ótima fonte para coletar, organizar e analisar tais informações.

De acordo com Arnold (1992: 13), a previsão das opiniões dos eleitores está diretamente associada a dois atributos das políticas públicas. O primeiro refere-se aos custos e benefícios de cada política. Para calcular as possíveis preferências dos eleitores, os legisladores calculam quais seriam os custos e benefícios de cada projeto, mais precisamente, quais seriam os beneficiados e os prejudicados. Os custos e benefícios são examinados tendo em vista a maneira pela qual afetam três tipos de interesses: os geográficos; os dos grupos organizados; e os gerais.

O segundo atributo está ligado à corrente causal que liga a política pública ao efeito que ela produz. Conforme Arnold (1992: 13), tanto a preferência por um formato de política como a avaliação de seus efeitos pode variar, dependendo se o foco do observador está direcionado aos motivos que ensejaram a criação da política ou aos resultados que esta política pode gerar. Ao perceber como estes dois atributos afetam as

preferências dos cidadãos, os líderes das coalizões podem fazer suas avaliações e previsões.

É claro que há um limite no constrangimento que os cidadãos podem causar. Se não houver uma forma dos eleitores recompensarem, ou punirem, os congressistas por um determinado ato, não será tão importante prever as preferências dos cidadãos⁴.

Como destaca Arnold (1992: 121), os parlamentares podem usar estratégias para impedir a identificação de um projeto e sua possível responsabilização pelo eleitor, de acordo com a forma como um projeto será apresentado ou votado. Desta maneira, eles procuram estabelecer uma tramitação que facilite seu êxito antes mesmo de avaliar as possíveis preferências dos eleitores, tendo em vista que a opção por uma estratégia de tramitação não lhes impõe constrangimentos eleitorais posteriores, devido a sua difícil percepção pelos cidadãos. Esta escolha por procedimentos a serem utilizados demonstra que mesmo com uma enorme preocupação em se reeleger, os legisladores possuem opiniões próprias sobre as políticas. Sendo assim, somente após a escolha do procedimento legal a ser utilizado no embate político é que os congressistas avaliam a capacidade de serem responsabilizados negativamente pelo conteúdo da política em questão.

Douglas Arnold (1992: 121) afirma que as decisões congressuais dependem de quatro fatores, quais sejam, os projetos introduzidos pelos líderes das coalizões; as estratégias dos propositores e dos opositores; as preferências dos cidadãos interessados e/ou desinteressados; e a própria opinião dos parlamentares. A atuação destes quatro fatores gera indeterminação no processo decisório parlamentar, tendo em vista que a simples alteração de um destes aspectos pode modificar completamente a atuação dos legisladores.

⁴ Como, por exemplo, no caso do parlamento delegar ao executivo a responsabilidade por uma determinada legislação.

É importante frisar que a antecipação das preferências dos eleitores só é interessante em um contexto no qual os eleitores sejam capazes, não só de identificar os políticos responsáveis pela aprovação das políticas, como também de recompensá-los ou puni-los nas eleições seguintes. Sendo assim, os líderes das coalizões podem criar as situações para que os demais legisladores se manifestem sobre as questões políticas que afetam grupos específicos da sociedade. Quando o assunto é potencialmente saliente, os defensores da aludida política solicitam a votação nominal (*roll-call*) para que os parlamentares sejam forçados a antecipar as possíveis preferências dos eleitores e registrar seus votos no parlamento, fato este que possibilita uma futura responsabilização por parte da sociedade. Entretanto, isso pode ocorrer mesmo que o tema não chame a atenção dos cidadãos diretamente afetados pela política. Se o tema não aparenta causar repercussão para o cidadão comum, os patrocinadores da referida política podem convocar a votação nominal para que os parlamentares sejam compelidos a responder aos grupos diretamente interessados. Desta forma, os legisladores são obrigados a se manifestar perante os grupos de interesse, mesmo que sejam interesses de eleitores desatentos. (Arnold, 1992, p 130)

No que diz respeito às leis que geram tanto custos como benefícios gerais, os legisladores se sentem forçados a apoiar apenas os projetos que são relevantes, ou possivelmente relevantes, para um substancial número de cidadãos, e apenas se os líderes das coalizões empregarem procedimentos legislativos que permitam a identificação dos efeitos gerais, em detrimento da percepção dos efeitos para grupos de interesses ou populações locais. A saliência da política pública é variável e é proporcional à magnitude dos seus custos e benefícios. (Arnold, 1992, p.142)

A decisão dos políticos em optar por uma proposta que produz custos e benefícios gerais está relacionada à visibilidade e tamanho dos efeitos gerais resultantes. Uma política de benefício que apresenta grande visibilidade para a população em geral é

priorizada, mesmo que também afete interesses locais ou de determinados grupos. Desta forma, os parlamentares tomarão suas decisões de acordo com a antecipação das possíveis preferências da massa de eleitores, em detrimento das preferências das minorias afetadas. (Arnold, 1992, p. 142)

Os líderes de coalizões que têm preferências por políticas de interesse geral se preocupam em elaborar projetos e optam por procedimentos que dêem mais visibilidade para os benefícios gerais, em detrimento daqueles cujas vantagens são para os interesses locais e de grupos específicos. Os congressistas são geralmente compelidos a apoiar uma política que beneficia a população em geral, que é saliente, e cujos custos para os interesses das minorias são aparentemente insignificantes. Da mesma forma, os parlamentares se sentem pressionados a vetar um projeto que oferece custos facilmente perceptíveis para os cidadãos em geral, e cujos benefícios para os grupos locais e/ou de interesses parecem desprezíveis. (Arnold, 1992, p. 143)

De acordo com Arnold (1992: 143), diferentemente dos casos que afetam os interesses de grupos específicos, na maioria das vezes é impossível criar condições que forcem os legisladores a voltar sua atenção para os efeitos negativos e positivos de políticas que afetam os eleitores de maneira geral. Isto acontece ou porque os efeitos gerais são geralmente pouco perceptíveis para os cidadãos comuns, ou pela difícil identificação das conexões causais entre a política do governo e seus efeitos sobre as pessoas.

Entretanto, ainda conforme Arnold (1992: 143-146) os líderes das coalizões podem usar a estratégia de quebrar a rastreabilidade da conexão entre uma determinada política e seus efeitos sobre grupos de interesses e/ou interesses geográficos. Desta forma, será criado um contexto no qual os legisladores podem ser encorajados a considerar apenas os efeitos gerais da política. Uma forma de quebrar a referida rastreabilidade é delegar ao

executivo a responsabilidade por apresentar a proposta, ou então incluí-la em um projeto mais abrangente.

Há ainda mais uma possibilidade de aumentar a importância dos benefícios gerais de uma política nas discussões. Ao colocar um grupo de interesse contra outro, eles tendem a se anular, isto aumenta as chances dos congressistas considerarem os custos e benefícios gerais. (Arnold, 1992, p.144)

É possível utilizar esta teoria para tentar explicar a universalização do sistema de saúde brasileiro. Antes, porém, temos que colocar alguns pontos importantes. Primeiro, na Constituinte as votações eram nominais, fato que permitia fácil rastreabilidade das ações dos parlamentares e a responsabilização por suas escolhas. Segundo, os procedimentos regimentais não permitiam delegar ao executivo a responsabilidade por uma determinada proposta. Terceiro, as subdivisões temáticas do processo decisório impediam a tática de incluir uma política impopular em um projeto muito abrangente. Desta forma, se analisarmos as votações nominais e as atas das reuniões da Constituinte, poderemos verificar a possível articulação de coalizões *ad hoc* para a aprovação do SUS.

Capítulo 2. Legado histórico

Como vimos na seção anterior, as políticas anteriores podem ser consideradas instituições e por isso têm a capacidade de afetar os processos decisórios sobre a adoção de novas políticas públicas, ou sobre a reforma das políticas que estiverem em vigência. Sendo assim, podemos afirmar que é de suma importância um exame do histórico da política a ser analisada. O objetivo desta seção é apresentar o legado histórico da política de saúde para que seja possível primeiro identificar as características das políticas anteriores ao Sistema Único de Saúde, e segundo para entender como estas políticas públicas podem ter influenciado na construção do SUS.

2.1. Introdução e Expansão do Modelo de Serviço Público de Saúde

Apesar de alguns autores afirmarem que as políticas sociais tiveram o primeiro reconhecimento legal com a aprovação da Lei Eloy Chaves, a qual instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para as empresas do setor ferroviário, o primeiro governo Vargas é reconhecido como o marco na configuração das políticas sociais no Brasil.

No primeiro governo Vargas, o Estado introduziu um sistema previdenciário nacional através dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Os institutos eram setorizados, filiavam os componentes de determinados segmentos de mercado de trabalho urbano, recolhiam contribuições de empregados e empregadores e proviam benefícios, tais como a assistência médica apenas para os filiados aos Institutos. Porém, os benefícios oferecidos pelos IAPs não eram uniformes e variavam de acordo com o regulamento do IAP de cada segmento profissional. (Vianna, 1998, p. 140,141)

No ano de 1933, o Estado criou o primeiro instituto de aposentadorias e pensões (IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos). Esse instituto operava paralelamente ao sistema de CAPs; no entanto, já possuía algumas diferenças organizacionais. Os CAPs funcionariam até 1953. Com a criação dos CAPFESP, naquele ano, desapareceram as últimas CAPs. Esse processo ocorreu com o sentido de substituir o princípio de participação individual, pelo sistema de cidadania regulada (Santos, 1979, p. 69,70).

Os IAPs foram constituídos como entidades autárquicas, vinculadas ao Estado via Ministério do Trabalho. Tal fato fez com que a Previdência se tornasse um instrumento de incorporação controlada, definindo quais direitos integravam o pacote da cidadania e quem tinha acesso a este pacote. (Vianna, 1998, p. 140). A lógica de acesso aos direitos de cidadania através do reconhecimento, pelo Estado, do segmento profissional, foi definida como ‘cidadania regulada’. (Santos, 1979, p.68)

A cidadania regulada é um conceito que estabelece que os direitos estão ligados a um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal, ou seja, o Estado definia que era cidadão somente o membro de uma comunidade profissional de alguma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. A extensão da cidadania ocorria com a regulamentação de novas profissões, e também mediante a ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões (Santos, 1979, p. 68,69). A cidadania estava diretamente ligada à ocupação profissional e, conseqüentemente, os direitos do cidadão estavam restritos aos direitos de seu status profissional reconhecido por lei. Os demais trabalhadores, cujas ocupações profissionais não eram reconhecidas por lei, encontravam-se em uma situação definida como ‘pré-cidadãos’ (Santos, 1979, p. 68,69). O Estado não os reconhecia como cidadãos e não lhes conferia os direitos sociais.

O Estado, ao priorizar a política previdenciária, fez com que as políticas sociais, como a saúde, fossem demandadas por grupos específicos, já que o reconhecimento

legal era feito por categorias profissionais. Esse processo de reconhecimento social tornou o padrão de demandas por estas políticas sociais muito difuso. (Santos, 1979, p.69). Portanto, o reconhecimento social era estabelecido via regulamentação profissional. Assim, todas as demandas relativas a emprego, salários, renda e benefícios sociais ficavam na dependência de um reconhecimento prévio, por parte do Estado, da legitimidade da categoria demandante. (Santos, 1979, p.69)

A política de saúde, por sua vez, foi organizada em duas estruturas: a de saúde pública, desenvolvida pelo governo federal e por ações de estados e municípios, e a de medicina previdenciária, realizada pelos serviços médicos associados aos IAPs.

Na estrutura de saúde pública, as instituições beneficentes eram responsáveis pelos 'pré-cidadãos', ou seja, a maioria da população na época, excluída do sistema previdenciário. A assistência médica era considerada um objetivo secundário dos IAPs; por isso até 1945 ainda era acessível a poucos trabalhadores ⁵.

A formação de instituições previdenciárias públicas e a rápida expansão de coberturas dos IAPs⁶ ocorreram no mesmo período do surgimento de institutos de servidores estaduais, municipais, associações de empregados⁷, e ainda, esquemas assistenciais organizados diretamente por empresas empregadoras que também adotaram o credenciamento de médicos e hospitais privados (Bahia, 2005, p.415).

Os IAPs possuíam insuficiente capacidade instalada de serviços próprios para o atendimento da demanda de serviços de saúde. Além disso, fizeram a opção por um atendimento diferenciado. Esses dois fatores justificaram a contratação de serviços privados pelos próprios IAPs. Sendo assim, os serviços de saúde dos IAPs eram

⁵ O Instituto de Aposentadorias e Pensões com o maior número de filiados (IAPI), que em 1940 correspondiam à metade do total de segurados de todas as CAPs e os IAPs, proporcionava assistência médica quando houvesse disponibilidade de recursos, mediante contribuição suplementar. (Werneck Vianna, 1998)

⁶ Os IAPs aumentaram e passaram também a diversificar e incrementar seus planos de benefícios e serviços.

⁷ Como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi), criada em 1944.

complementados, ou totalmente constituídos, por prestadores privados de saúde. Tal fato potencializou a construção e as reformas de ampliação de hospitais particulares, e as aspirações de inserção dos médicos no mercado de trabalho. (Bahia, 2005, p.415,416).

No final da década de 50 e início da década de 60, o debate sobre a padronização de benefícios previdenciários em conjunto com a consolidação e a expansão das coberturas tiveram como consequência a preservação e o incremento da prática liberal da medicina e de hospitais privados, além dos serviços médicos das empresas empregadoras. (Bahia, 2005, p.416-419).

Apesar de algumas alterações institucionais, como a criação do Ministério da Saúde em 1953, a dinâmica de cidadania regulada foi modificada apenas em 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) a qual uniformizou os serviços e benefícios prestados pelo sistema previdenciário brasileiro. A LOPS, porém, manteve intacta a estrutura fragmentada do sistema. A LOPs não foi implementada.

Fica claro que, mesmo antes do regime autoritário, a estrutura do sistema de saúde brasileiro já apresentava uma nítida inclinação pela ampliação da participação da iniciativa privada em detrimento da construção e ampliação da oferta de serviços e de equipamentos públicos. Mais adiante veremos que essa escolha deu ensejo para o surgimento de um ator político com significativo poder de influência quando da reforma do sistema de saúde brasileiro.

2.2. Políticas de Saúde na primeira fase da ditadura militar (1964 – 1974)

No ano de 1966, mediante Decreto-lei, o regime militar determinou a unificação dos IAPs e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse período a política de saúde pública, direcionada aos cidadãos que não estavam cobertos por benefícios do sistema de previdência, continuava relegada a segundo plano. Com isso a

saúde pública tornou-se ineficiente, conservadora e com carência de recursos⁸. Esse quadro, juntamente com as políticas de concentração de renda, agravou a já péssima condição do serviço de saúde oferecido à maioria da população ⁹. A assistência médica financiada pela Previdência Social, em contraste com a situação da saúde pública, contava com o maior orçamento de sua história e passava por um período de expansão em número de leitos, em volume de arrecadação e em cobertura. (Escorel, Nascimento e Edler; 2005, p.61,62)

O regime autoritário instituiu uma política de rápida extensão de coberturas incorporando segmentos antes excluídos. Essa ampliação ocorreu mediante compra de serviços privados, prevalecendo então o padrão de transferência de atividades de assistência médico-hospitalar mediante contrato com a iniciativa privada. (Bahia, 2005, p. 422)

Os serviços médicos prestados por empresas privadas eram remunerados mediante Unidade de Serviço (US). Essa forma de remuneração resultou em uma fonte incontrolável de corrupção. Além da remuneração por Unidade de Serviço, o INPS financiou a construção de hospitais privados sem previsão de recuperação dos investimentos. (Escorel, Nascimento e Edler; 2005, p.61,62)

A disposição do regime militar em estimular a iniciativa privada, somada à dita ineficiência do setor público, resultou na preferência por aprofundar e ampliar um modelo de organização da rede médico-hospitalar autônoma e financiada mediante recursos públicos. (Bahia, 2005, p.423)

A preferência por este modelo de organização da rede médico-hospitalar influenciou no processo de formulação e implementação das políticas de saúde que se seguiram. Uma

⁸ Nesse período os recursos não chegavam a 2% do PIB. (Escorel, Nascimento e Edler; 2005)

⁹ Metade da População Economicamente Ativa estava fora do mercado formal de trabalho, ou seja, sem qualquer direito a benefícios previdenciários. (Escorel, Nascimento e Edler; 2005).

consequência relevante deste processo foi a criação do sistema hospitalar privado¹⁰, o qual organizado em associações nacionais, se tornou um ator importante no processo de formulação e implementação do SUS. (Arretche, 2005, p.288).

Ainda na primeira fase do regime autoritário, os militares já conduziam a política de saúde em uma direção que ia ao encontro dos interesses da iniciativa privada, tendo em vista que esta recebia uma considerável quantia de recursos para prover serviços aos beneficiários do sistema previdenciário, justamente a parte mais lucrativa da política da saúde. Enquanto a saúde pública, parte que não oferecia muita possibilidade de retorno financeiro, não apenas recebia um montante muito inferior de recursos, como ficava inteiramente a cargo do Estado. Este modelo de gestão da política de saúde dava ainda mais musculatura para a iniciativa privada crescer e se organizar como grupo de interesse.

Na medida em que o sistema de saúde era ampliado, aumentava também a clivagem entre os provedores privados e os serviços públicos de saúde. Além disso, a política de saúde avançava em uma trajetória que seria de difícil reversão futura.

2.3. Inflexão política do regime militar e suas implicações para o sistema de saúde

A posse do general Geisel, em 1974, marcou o início de uma importante inflexão política do regime militar, iniciando o processo de abertura que seria completada ao final do governo Figueiredo. A situação da saúde pública, e também da assistência médica previdenciária, era de carência de capacidade gerencial e estrutura técnica, fato que diminuía a eficácia dos recursos públicos a ela destinados. Como o regime autoritário

¹⁰ Na realidade, não foi apenas um sistema hospitalar, mas toda uma rede de privada de serviços e produtos da área da saúde.

buscava legitimação através de políticas sociais, o governo criou o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). O objetivo era fazer frente aos desafios que se apresentavam na área de políticas sociais, por isso investiu recursos e priorizou projetos nessa direção. O governo, porém, não possuía quadros suficientes para ocupar as novas esferas institucionais criadas, o que resultou na abertura de espaço para segmentos organizados com pensamentos diferentes e até divergentes das elites ligadas ao regime militar. Foi por estes espaços que integrantes do movimento dos sanitaristas conseguiram adentrar a alta burocracia das áreas de saúde e previdência social. Tal fato possibilitou aos sanitaristas apresentarem propostas reformadoras com o intuito de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes (Escorel, Nascimento e Edler; 2005, p. 66) ¹¹.

Este movimento caracterizou-se como um grupo político que articulou diversas propostas de reforma do sistema de saúde, durante o regime militar. Com esta finalidade, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) cujas ideias foram debatidas e veiculadas pela publicação Saúde em Debate (Escorel, Nascimento e Edler; 2005, p.67).

A insatisfação da classe média e dos trabalhadores mais organizados com os serviços públicos e a isenção fiscal dos gastos com saúde geraram demandas por seguros privados de saúde (Arretche, 2005, p. 289). A preferência por planos de saúde próprios resultou no escasso interesse da classe média e das categorias de trabalho mais

¹¹ A elaboração do Programa de Pronta Ação (PPA) foi uma das primeiras medidas nesta direção. Esse programa instituía o direito ao atendimento emergencial gratuito a qualquer pessoa, independente de ser, ou não, segurado da Previdência. O PPA determinava as regras para a prestação dos serviços médicos previdenciários, estabelecendo as atribuições de cada segmento. A Previdência reservava o atendimento altamente especializado, a pesquisa e o aperfeiçoamento para seus hospitais próprios; do outro lado, a ampliação da assistência médica em geral deveria realizar-se por meio de convênios com empresas, com outras instâncias da União ou com governos estaduais e municipais, e ainda, através de contratos de serviços com cooperativas médicas e/ou credenciamento de médicos particulares. Com isso o Estado direcionava suas políticas de saúde para a universalização e para a transferência de funções para a iniciativa privada (Werneck Vianna, 1998).

organizadas¹² pela reforma sanitária e construção do SUS. Ademais, os trabalhadores rurais, trabalhadores do mercado informal e trabalhadores de categorias menos organizadas não possuíam articulação política suficiente para exercer pressão visando reformas no serviço de saúde em âmbito nacional. Tal fato gerou um contexto favorável para os sanitaristas exercerem um papel de elite setorial formulando e conduzindo as propostas por uma ampla reforma da política de saúde (Arretche, 2005, p.290).

A Lei 6.439 de 1977 criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Simpas), promovendo, assim, uma reorganização no INPS, instituindo um modelo de especialização funcional ao aparelho previdenciário. Para ficar responsável pelo serviço de assistência médica foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. O Inamps, pertencente ao INPS, estava encarregado do financiamento e gestão da assistência médica, e também da seleção, contratação e remuneração de todos os provedores de serviços médico-hospitalares no âmbito nacional. Esse desenho de administração centralizada fazia do Inamps a única esfera institucional capaz de definir as prioridades da política de saúde e, principalmente, dava ao Inamps status de arena decisória da política de saúde, com poder de veto sobre políticas que contrariassem suas preferências e/ou interesses. (Arretche, 2005, p.287).

O Cebes, que até então era apenas um núcleo de aglutinação política, em 1979 tornou-se um órgão de consultoria técnica. Seu núcleo, situado em Brasília e formado por técnicos que trabalhavam em programas institucionais e em ministérios, ganhou relevância por sua atuação no parlamento federal (Escorel, Nascimento e Edler; 2005, p.71). Tal fato demonstra que, além de conseguir espaço em esferas institucionais do poder executivo, o movimento dos sanitaristas começava a atuar também no parlamento.

¹² Suas bases estavam mobilizadas pela obtenção de melhores e mais numerosos benefícios ligados aos seus próprios sistemas privados de seguro-saúde. (Arretche, 2005)

Para atender às pressões sociais e políticas do setor de saúde, foi decidido criar mecanismos de coordenação interministerial¹³ com o objetivo de elaborar um projeto de amplo reordenamento do setor. Em julho de 1980 havia sido concluído o primeiro esboço do projeto¹⁴, chamado primeiramente de Pró-saúde e, por ingerência do Ministério da Previdência, posteriormente chamado de Prev-saúde. Esse projeto passou por diversas alterações, e nessas alterações foi cada vez mais se afastando de sua proposta de origem. O Prev-saúde podia ser considerado um programa de serviços básicos de saúde, o qual previa o estabelecimento de uma rede de serviço de saúde regionalizada e hierarquizada (Rodriguez Neto, 2003, 38-40).

Na realidade o Prev-saúde nunca foi apresentado oficialmente, pois supostamente feria interesses de atores excluídos do processo de elaboração. As pressões contrárias ao Prev-saúde tiveram três origens principais: primeiro, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial (Abramge), a qual representava a iniciativa privada; segundo, interesses da área hospitalar privada, a grande beneficiária do sistema vigente; e terceiro, os interesses do clientelismo político, que encontrava no credenciamento de médicos e dentistas uma via privilegiada de ação (Rodriguez Neto, 2003, p. 38).

O contexto do início da década de 1980 era de agravamento da crise de déficit da Previdência Social, principalmente causado por gasto excessivo com o pagamento dos provedores privados de saúde e desvio de recursos para outras áreas (Arretche, 2005, p. 291).

Desde o final da década de 1970 o movimento dos sanitaristas apresentava propostas de uma ampla reforma no serviço de saúde. Os principais pontos propostos eram: universalização da cobertura, a extensão dos programas preventivos e de atenção

¹³ O grupo era constituído por: técnicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação e Cultura, do Ipea/Seplan, de Secretarias Estaduais de Saúde, e do grupo local da Organização Pan-americana. (Rodriguez Neto, 2003)

¹⁴ Havia sido feito apenas um documento inicial, ainda não sob forma de projeto. (Rodriguez Neto, 2003)

básica à população de baixa renda, o aumento do controle sobre provedores privados e a descentralização. Os sanitaristas avaliavam que a centralização (no Inamps) das decisões sobre as políticas de saúde favorecia aos provedores privados, pois a alta burocracia do Inamps era influenciada pela indústria hospitalar e de remédios (Arretche, 2005, p.291). A proposta de descentralização era muito mais do que um mecanismo para aumentar a eficiência das políticas de saúde. A descentralização era, principalmente, uma estratégia para enfraquecer a influência dos provedores privados sobre o Inamps e, conseqüentemente, sobre o processo decisório das políticas de saúde (Arretche, 2005, p.291).

No ano de 1981, para enfrentar a forte crise fiscal na previdência, foi lançado um 'pacote da previdência'. Esse pacote instituía o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e uma intervenção na área de assistência médica da Previdência. Nesse contexto foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp)¹⁵. Tal órgão estava vinculado ao MPAS, o qual tinha como objetivo organizar e racionalizar os serviços de assistência médica. Suas funções principais seriam sugerir critérios para a alocação dos recursos previdenciários do setor de saúde, recomendar políticas de financiamento e de

¹⁵ Na composição do Conasp desde o princípio se notavam quatro tendências principais em termos de concepções de sistema e estratégias organizativas. A primeira era 'conservadora/privatista', ligada a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Essa tendência defendia basicamente a manutenção do modelo assistencial. A segunda era 'modernizante/privatista', propunha uma reorganização do Sistema Nacional de Saúde baseada nos HMO (Health Maintenance Organizations), da qual a versão brasileira era a Medicina de Grupo. O principal porta-voz dessa tendência era um representante da Seplan no Conasp. Outra tendência, ligada a representantes do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, tinha uma perspectiva estatizante e defendia a responsabilidade pública quanto à execução dos serviços e ações de Saúde. A quarta e última, a tendência majoritária, era defensora do pensamento liberal. Seus objetivos principais eram: reforçar o setor público; exercer maior controle sobre o setor privado; imprimir uma maior eficiência técnica na gestão; combater todo o mercantilismo e não intervir nas ações e nos serviços privados. Dentre os defensores destas idéias estavam: o próprio presidente do Conasp, representantes do Ministério da Educação e Cultura, e representantes do Conselho Federal de Medicina (Rodriguez Neto, 2003) (Escorel, Nascimento e Edler; 2005).

assistência à saúde, e também, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência. (Rodriguez Neto, 2003, p.40)

O início das mudanças no sistema médico-hospitalar da Previdência Social ocorreu através do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, o 'Plano Conasp'. Este projeto era dividido em três partes. A primeira era racionalizadora, preocupava-se com a contenção dos gastos e visava substituir o sistema então vigente de pagamento de gastos médicos, que remunerava atos isolados, por um novo sistema de contas (AIH), que remunerava por procedimentos mais agregados, com a eliminação da Unidade de Serviço. Uma segunda parte visava à organização na rede assistencial, através de recursos próprios e pela criação do Projeto de Racionalização Ambulatorial. A terceira e última parte estava relacionada à eficácia técnica, meio pelo qual se buscava reorientar conteúdos e estratégias de programas de saúde (Scorel, Nascimento e Edler; 2005, p.75).

Mediante convênios assinados entre o MPAS/MS/MEC e as secretarias estaduais de Saúde, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram medidas descentralizadoras que significaram consideráveis avanços no serviço de saúde, tais como: articulação com serviços públicos municipais, contratação de recursos humanos, fortalecimento da rede básica ambulatorial entre outros. Porém, na visão dos sanitaristas, o avanço das AISs teria resultado numa polarização crescente dentro do Inamps (Rodriguez Neto, 2003, p.47,48). A partir de 1984 teria ocorrido uma guinada da Direção Geral do Inamps, com a adoção de medidas direcionadas a favorecer a iniciativa privada. Ainda conforme os sanitaristas, ficaram evidentes as alianças da burocracia com dirigentes da área hospitalar privada, além de medidas como a abertura no sistema AIH e o aumento nos valores das tabelas de remuneração. A situação dentro da instituição começou a ficar insustentável, gerando uma crise interna que culminou com a Presidência do Inamps demitindo o diretor do Departamento de Planejamento do Inamps, o departamento responsável pelas AISs

(Rodriguez Neto, 2003, p.48). Desta forma as elites contrárias à descentralização utilizaram seu poder no Inamps para barrar o processo de descentralização iniciado pelas AISs.

Nesse contexto o movimento dos sanitaristas elaborou uma estratégia para conseguir acesso a todos os espaços de discussão possíveis. Os objetivos eram obter informações sobre as políticas de Saúde do governo, elaborar propostas e influir em sua adoção. O movimento dos sanitaristas elegeu algumas frentes de ação principais, dentre elas a elaboração da proposta de governo da Assessoria Parlamentar do PMDB (Rodriguez Neto, 2003, p.48).

Durante a segunda fase do regime autoritário, fica mais nítida a clivagem entre as preferências da iniciativa privada e do movimento dos sanitaristas. Nesse período, ambos começam a se organizar para tentar influenciar o desenho da política de saúde brasileira.

Apesar do aprofundamento do modelo de política que beneficiava os provedores privados de saúde, o movimento dos sanitaristas vê aprovada a primeira medida descentralizadora na política de saúde, medida importante na direção da reforma que eles desejavam para o sistema de saúde.

2.4. A 8ª Conferência Nacional de Saúde

Definida pelo então presidente da república, José Sarney, como a pré-constituente de Saúde, a 8ª CNS foi convocada por três ministérios: Saúde, Previdência e Assistência Social, e Educação¹⁶. É tamanha sua relevância dentre as demais Conferências Nacionais de Saúde que a 8ª CNS pode ser considerada um marco na história do processo de construção da base e das estratégias do movimento pela redemocratização da Saúde (Rodriguez Neto, 2003, p.49).

¹⁶ Formalmente apenas o ministro da saúde assinou a convocação. (Escorel e Bloch, 2005)

Participaram da 8ª CNS mais de quatro mil conferencistas, inclusive representantes de setores sociais, como sindicatos e organizações comunitárias de trabalhadores.

Nas discussões que se desenvolveram nesta Conferência uma questão fundamental foi relativa à natureza do novo sistema de saúde. Nessas discussões ficaram mais aparentes as divergências internas do movimento dos sanitaristas, principalmente nos aspectos relativos a programas e estratégias dos dois blocos partidários de esquerda que compunham o movimento. De um lado estavam o PT e o PDT defendendo a estatização imediata; de outro, defendendo uma convergência para a estatização por meio de uma estratégia de reforço crescente do setor público, estavam o PCB, PC do B, e setores progressistas dos demais partidos. A decisão final foi de rejeição da idéia de estatização, e a opção pela proposta do fortalecimento e da expansão do setor público. Importante ressaltar que as forças políticas, as quais eram favoráveis à estatização imediata, ao final da 8ª CNS acataram e passaram a endossar as propostas do movimento dos sanitaristas. (Rodriguez Neto, 2003, p.49)

Outra questão extremamente relevante foi sobre a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde. No entendimento dos integrantes desta Conferência Nacional de Saúde, o setor de saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características. Seu orçamento deveria receber recursos do Inamps¹⁷ e também recursos de diferentes receitas (Escorel, Nascimento e Edler; 2005, p.78). A Previdência Social deveria ater-se apenas às questões próprias do seguro Social. O financiamento e a discussão da operacionalização deveriam ser mais aprofundados. Com isso foi proposta a

¹⁷ Porém, estes recursos do Inamps deveriam ser progressivamente retirados.

formação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Tal comissão pode ser considerada uma consequência da 8ª CNS¹⁸.

Apesar de sua 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 Único de Saúde. Porém, o documento final não foi construído de forma consensual. Dentre os participantes da CNRS que endossavam o relatório da 8ª CNS, não houve divergência. Entretanto, os demais participantes que não concordavam plenamente com o relatório da 8ª CNS, como os representantes da área privada de prestadores de serviço, seguiram uma estratégia defensiva e com isso tentaram inviabilizar todo e qualquer ponto que fosse contrário aos interesses do setor que representavam (Rodriguez Neto, 2003, p.51).

O fato é que a CNRS, ao final de seus trabalhos, apresentou um documento de proposta não consensual, mas aprovado de forma majoritária. De um lado, os representantes do movimento sindical consideravam a proposta insuficiente, de outro, os representantes da iniciativa privada a consideravam radical (Rodriguez Neto, 2003, p.51).

A 8ª CNS antecipou e tentou resolver muitos dos conflitos que mais tarde voltariam à tona durante a Constituinte, como por exemplo, a questão da estatização dos serviços de saúde. Os sanitaristas acreditavam que este ponto da política havia sido resolvido ainda na Conferência Nacional de Saúde. Porém, como veremos mais adiante, essa questão voltou aos debates durante a ANC.

Ainda durante a 8ª CNS e, logo em seguida, nas deliberações da CNRS houve uma tentativa de alcançar um consenso entre os atores políticos envolvidos com o objetivo de reformar o sistema de saúde por dentro das instituições, relegando à

¹⁸ Nesse mesmo período, partindo de uma proposta da presidência do Inamps, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Esse sistema tinha como princípios: universalização, equidade, regionalização, hierarquização, participação comunitária, e descentralização (Escorel, Nascimento e Edler; 2005).

Constituinte apenas o papel de constitucionalizar uma reforma previamente arquitetada. No entanto, essa tentativa malogrou por falta de um acordo entre as partes envolvidas.

O histórico da política de saúde no Brasil revela que a divisão entre a saúde pública e os serviços médicos organizados pela previdência retratam uma nítida clivagem entre o público e o privado na área da saúde. Desde a incorporação dos beneficiários controlada pelo sistema previdenciário brasileiro, o Estado operava como provedor e regulador de serviços de saúde. Por outro lado, a contratação de provedores privados feita pelos IAPs abriu as portas para a entrada da iniciativa privada na política de saúde. A ampliação da oferta de serviços por meio da contratação de profissionais da área privada ganhou força durante as décadas de 50 e 60, e foi explicitamente utilizada na grande incorporação de beneficiários promovida pela ditadura militar, no decorrer da década de 70. Esta lógica criou o ensejo para o crescimento, fortalecimento e organização da iniciativa privada como um ator importante na organização e prestação de serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, profissionais da saúde, cujas preferências apontavam para uma atuação mais incisiva do Estado, também se organizaram com o intuito de influenciar as políticas públicas de saúde. Esse movimento, que ficou conhecido como movimento dos sanitaristas, também ganhou destaque como um ator importante nas decisões políticas desta área. No entanto, é importante frisar que, apesar da idéia consensual sobre a ampliação do papel do Estado na regulação e provisão de serviços, as discussões ocorridas na 8ª CNS demonstram que havia uma divergência quanto ao limite e capacidade de atuação do Estado nesta área específica.

Na Nova República, o arranjo institucional foi alterado. Com a convocação da Constituinte, a arena decisória passava do Poder Executivo para a Assembléia. Tal fato gerou uma janela de oportunidades para os reformistas constitucionalizarem um projeto

de saúde universal e descentralizada. Contudo, abria-se também uma chance para os provedores privados vetarem propostas desfavoráveis aos seus interesses.

Capítulo 3. A Assembléia Nacional Constituinte (ANC)

Antes de analisar a construção do SUS na ANC, é de suma importância a demonstração da organização dos trabalhos na Constituinte. Só assim o leitor poderá compreender as várias etapas deste processo decisório.

A Assembléia Nacional Constituinte, após muita discussão¹⁹, decidiu por um regimento interno que estabelecia um processo descentralizado de elaboração da carta constitucional. A opção pela democratização das decisões e a participação de todos os parlamentares no processo decisório foi a justificativa para a adoção deste formato de organização dos trabalhos.

Conforme o Regimento Interno (Brasil, 1987), os trabalhos da constituinte funcionariam em quatro fases sucessivas: Subcomissões Temáticas; Comissões Temáticas; Comissão de Sistematização (CS); e Plenário.

Cada uma das vinte e quatro Subcomissões deveria preparar e votar um esboço de projeto constitucional, o qual seria encaminhado para a sua respectiva Comissão Temática. Além das proposições dos parlamentares, as Subcomissões organizavam audiências públicas com o intuito de receber sugestões dos eleitores, de órgãos do Estado, e de grupos de interesses relacionados com os seus respectivos temas.

As oito Comissões Temáticas deveriam unificar, analisar, emendar e votar os projetos recebidos das Subcomissões²⁰, elaborando um projeto a ser encaminhado para a Comissão de Sistematização.

¹⁹ O relator do projeto de Regimento Interno, Fernando Henrique Cardoso (PMDB), fora indicado pelo presidente da Constituinte. No entanto, as regras regimentais propostas não eram consensuais e mesmo antes da formação do grupo de parlamentares conhecidos como Centrão, foram duramente criticadas exatamente por suas características de descentralização da elaboração da legislação.

²⁰ Cada uma das oito Comissões Temáticas recebia os projetos de três das vinte e quatro Subcomissões. Esta divisão era feita com base nos temas.

A Comissão de Sistematização – integrada por todos os presidentes e relatores das Comissões Temáticas, relatores das Subcomissões e acrescida de indicações proporcionais a todos os partidos – era a responsável por organizar os projetos das Comissões Temáticas e propor um Anteprojeto de Constituição que seria discutido e emendado no Plenário. O relator da comissão, Bernardo Cabral, daria parecer às emendas e redigiria um Projeto. A proposição aprovada na Comissão de Sistematização seria, finalmente, votada em dois turnos no Plenário a fim de estabelecer a redação final da Constituição.

Os trabalhos nas Subcomissões e Comissões Temáticas foram seguindo o curso previsto pelo Regimento Interno e seus respectivos Anteprojetos foram encaminhados para a Comissão de Sistematização²¹. Porém, nas deliberações da CS foram se consolidando posições políticas divergentes, as quais acabaram dificultando a condução dos trabalhos.

As regras descentralizadoras alavancavam a capacidade das minorias aprovarem seus projetos e na medida em que isso ficava mais evidente, se intensificavam as reclamações das coalizões majoritárias.

Tanto o Anteprojeto, como o Primeiro Projeto de Constituição (Projeto – A) foram altamente criticados²² por constituintes e pela opinião pública em geral (Gomes, 2006, p.198). Tal documento precisava ser refeito para contemplar as preferências dos parlamentares que iriam votá-lo no Plenário. Desta forma, o relator da CS recebeu e avaliou emendas recebidas em uma primeira rodada de discussões no Plenário e elaborou o Primeiro Substitutivo (Cabral I). Mesmo assim, não se chegou a um acordo

²¹ A Comissão Temática da Família, Educação, Cultura e Esportes, Ciência e Tecnologia, e da Comunicação não conseguiu apresentar seu Anteprojeto no prazo, mas este foi mais tarde “incluído” na Comissão de Sistematização.

²² As críticas eram direcionadas às questões substantivas do projeto apresentado.

mínimo que pudesse garantir uma maioria para aprovar o Primeiro Substitutivo. Diante destas circunstâncias, Bernardo Cabral elaborou um Segundo Substitutivo (Cabral II)²³.

No entanto, o esforço conciliatório do relator foi em vão. Nas deliberações da CS, os parlamentares ali presentes optaram por aprovar um texto constitucional com conteúdo mais próximo do primeiro anteprojeto apresentado pelo Relator²⁴, em detrimento dos dois Substitutivos negociados e apresentados por Bernardo Cabral (Cabral I e Cabral II).

Seguindo os procedimentos regimentais, o “Projeto A” deveria ser emendado e votado em dois turnos no Plenário. Entretanto, caso não houvesse consenso quanto a aspectos específicos do referido projeto, seria necessário formar uma coalizão de no mínimo 280 parlamentares para retirar, por meio de destaque, cada ponto da redação que fosse considerado desagradável.

Por isso, ainda durante as deliberações na Comissão de Sistematização, um grupo suprapartidário de constituintes que estavam em desacordo com o conteúdo do projeto de Constituição aprovado na Sistematização formou o Centrão. O objetivo desta coalizão era alterar os rumos da ANC e impedir que fossem constitucionalizadas propostas que eles julgavam inadequadas ou inconvenientes. Uma emenda, apresentada pelo Centrão, que propunha uma alteração nas regras decisórias da Constituinte, foi votada e aprovada em dezembro de 1987. Assim, o novo Regimento Interno tornava possível a uma maioria absoluta apresentar emendas modificativas, substitutivas e supressivas para títulos, capítulos e seções.

A principal mudança nos procedimentos foi a inclusão da possibilidade do Destaque para Votação em Separado (DVS). Com este mecanismo os dispositivos

²³ Importante mencionar que este Segundo Substitutivo não estava previsto no Regimento Interno, mas foi elaborado na tentativa de encontrar um projeto que tivesse uma avaliação mais positiva do que os outros dois Projetos apresentados até então.

²⁴ O projeto final aprovado ao final da CS não é exatamente igual ao primeiro anteprojeto apresentado na CS, antes dos dois Substitutivos propostos por Cabral. No caso da saúde, por exemplo, alguns pontos do “Cabral II” foram inseridos no projeto final aprovado na CS.

destacados saíam do texto antes da votação do Projeto de Constituição. Assim, os assuntos que iam para DVS eram votados separadamente e necessitavam de maioria absoluta para sua aprovação²⁵. Além disso, com a possibilidade de apresentação de substitutivos globais, subscritos por uma maioria absoluta dos constituintes, seria possível modificar todo um capítulo de uma só vez, ao invés de alterar artigo por artigo na redação do projeto.

Com este novo regimento, ficava, então, invertida a necessidade de maioria. Os duzentos e oitenta votos antes exigidos para a mudança do projeto proveniente da Comissão de Sistematização passaram a ser necessários para incluir, modificar ou manter qualquer parte do projeto. Desta forma, todo e qualquer dispositivo passava a demandar uma maioria absoluta do Plenário. (Oliveira, 1993)

Depois da longa etapa da Comissão de Sistematização, o “Projeto A” foi encaminhado para a deliberação em Plenário, agora sob as novas regras do Regimento Interno. O primeiro turno de deliberações no plenário foi igualmente longo²⁶ resultando no “Projeto B”. As votações do segundo turno configuraram o “Projeto C”, o qual foi encaminhado à Comissão de Redação, que fez os “ajustes” no texto e renomeou o projeto como “Projeto D”. Este projeto foi para votação final em turno único no Plenário, produzindo a redação final da Constituição Brasileira.

Em suma, o Primeiro Regimento Interno criava a oportunidade para que minorias organizadas pudessem aprovar matéria legislativa durante as fases iniciais da ANC e ainda exigia formação de coalizões majoritárias para reverter, durante a fase do Plenário, qualquer ponto aprovado nas primeiras fases da ANC. Isso gerou um embate entre as minorias organizadas em torno de assuntos específicos, e os demais constituintes que viam a necessidade de formação de coalizões majoritárias para alterar o texto

²⁵ Caso a matéria votada em DVS fosse rejeitada e não fosse aprovada nenhuma emenda sobre o tema, o aludido assunto não seria inserido na Constituição.

²⁶ Aproximadamente sete meses.

constitucional aprovados por um número reduzido de parlamentares como uma ameaça para sua capacidade decisória. A solução encontrada foi mudar as regras do jogo forçando a formação de maiorias para aprovação de todo o texto constitucional. Isso, para os parlamentares do Centrão, acabaria com a alavancagem de poder das minorias e evitaria a constitucionalização de pontos que não tivessem a aceitação de uma fração substantiva do total de constituintes.

Para facilitar a compreensão da organização dos trabalhos da ANC o **Quadro 1** abaixo demonstra todas as etapas e as respectivas fases da Constituinte, bem como o Regimento Interno que estava em vigor.

Quadro 1 – Organização dos trabalhos ANC²⁷

Etapas	Fases	Regimento Interno em vigor
Subcomissões Temáticas	Fase 1: Anteprojeto do Relator	1º Regimento Interno
	Fase 2: Emenda ao Anteprojeto do Relator	
	Fase 3: Anteprojeto da Subcomissão	
Comissões Temáticas	Fase 4: Emenda ao Anteprojeto da Subcomissão, na Comissão	2º Regimento Interno
	Fase 5: Substitutivo do Relator	
	Fase 6: Emenda ao Substitutivo	
	Fase 7: Anteprojeto da Comissão	
Comissão de Sistematização	Fase 8: Anteprojeto de Constituição	
	Fase 9: Emenda Mérito ao Anteprojeto	
	Fase 10: Emenda de Adequação ao Anteprojeto	
	Fase 11: Projeto de Constituição (Projeto A)	
	Fase 12: Emenda de Plenário e Populares	
	Fase 13: 1º Substitutivo do Relator (Cabral I)	
	Fase 14: Emenda ao 1º Substitutivo	
	Fase 15: 2º Substitutivo do Relator (Cabral II)	
Plenário	Fase 16: Projeto A – Votação em 1º turno	
	Fase 17: Ato das Disposições Transitórias	
	Fase 18: Emenda do Plenário ao Projeto A	
	Fase 19: Projeto B – Votação em 2º turno	
	Fase 20: Emenda ao Projeto B	
	Fase 21: Projeto C	
Comissão de Redação	Fase 22: Proposta exclusivamente de redação	
	Fase 23: Projeto D – Redação Final	
Epílogo	Fase 24: Promulgação	

²⁷ Fonte: Adaptação de Oliveira (1993: 11 e 12)

Capítulo 4. Deliberações na ANC²⁸

Vimos na seção anterior que a ANC teve um desenho de trabalhos descentralizado e seu desenvolvimento pode ser considerado, de uma certa maneira, bastante conturbado, haja vista a modificação do Regimento Interno no decorrer da própria Constituinte.

Para a compreensão do que de fato aconteceu na ANC é preciso examinar as deliberações ali ocorridas de forma minuciosa. Tal análise é a única forma de alcançar os objetivos deste trabalho, pois só assim podemos identificar quais eram os principais atores políticos envolvidos no tema da saúde e examinar suas preferências. Além disso, ao observarmos as votações nominais e as emendas apresentadas, poderemos perceber quais foram os pontos principais do debate sobre o tema.

4.1. Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

De acordo com o primeiro Regimento Interno da ANC (Brasil, 1987), durante a fase das Subcomissões, estavam previstas reuniões para audiência de entidades representativas de segmentos da sociedade.

A Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio-ambiente resolveu organizar audiências públicas para tratar do tema da saúde. Na primeira estavam presentes os representantes das “entidades estatais”²⁹. A seguinte foi destinada a ouvir opiniões dos provedores de serviços privados e da área patronal. Na terceira foram convidados os representantes dos trabalhadores. Por fim, a quarta audiência teve como objetivo coletar as idéias da área científica e de ética na saúde.

²⁸ As informações desta etapa do trabalho são provenientes das Atas e Diários da ANC.

²⁹ Termo do deputado Eduardo Jorge (PT-SP).

A primeira reunião para a apresentação de sugestões ocorreu no dia 22 de abril de 1987. Um dos primeiros a expor suas sugestões foi o representante da Comissão Nacional da Reforma Sanitária³⁰. De acordo com o documento apresentado na Subcomissão, a CNRS almejava um sistema de saúde cujas características principais eram:

- Direito ao serviço de saúde de forma universal;
- Estado como responsável pela garantia deste direito;
- Sistema Nacional de Saúde descentralizado;
- Livre exercício e organização de serviços privados de saúde;
- Utilização de serviços de natureza privada pela rede pública;
- Financiamento dos serviços públicos feito por meios fiscais e para-fiscais.

O presidente do Inamps, Dr. Ézio Cordeiro, também fora convidado e compareceu para dar a contribuição da instituição que era, até então, a responsável pelos serviços de saúde no Brasil. Conforme Dr. Cordeiro, seria muito importante que as relações entre o Estado e os provedores serviços de natureza privada fossem organizadas por meio de contratos baseados no direito público.

³⁰ Fizeram parte da Comissão Nacional da Reforma Sanitária: o Ministério da Saúde, com dois representantes, o Sr. Secretário-Geral, também Presidente da Comissão, e o Presidente da Fundação Oswaldo Cruz; pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, o Secretários de Serviços Médicos e Presidente do Inamps; pelo Ministério da Educação e Cultura, o Secretário de Educação Superior; pelo Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Urbano, Ministério da Ciência e Tecnologia, um representante para cada; pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, um representante; pelas Secretarias Estaduais de Saúde, dois representantes, sendo um deles o Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – Conass; pelas Secretarias Municipais de Saúde, dois representantes; um representante do Senado Federal; um representante da Câmara dos Deputados; pelas Centrais Sindicais, Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura – Contag – Central Geral dos Trabalhadores – CGT – e Central Única dos Trabalhadores – CUT, um representante de cada uma; pelas Centrais Patronais, Confederação Nacional da Indústria – CNI – Confederação Nacional do Comércio – CNC – e Confederação Nacional da Agricultura – CNA, um representante de cada; pelos Prestadores Privados dos Serviços de Saúde, Confederação das Misericórdias do Brasil e Federação Brasileira de Hospitais, um representante de cada; pelos Profissionais de Saúde, Federação Nacional dos Médicos, Associação de Moradores, Conselho Nacional das Associações de Moradores e Associação Brasileira de Enfermagem, um representante de cada.

De acordo com o presidente do Inamps, o setor público e o setor filantrópico juntos não conseguiriam atender mais do que 80% da demanda por serviços de saúde. Portanto, o setor privado de caráter lucrativo teria espaço para atuar de forma complementar.

Outro segmento da área da saúde que compareceu à audiência foi a Associação Brasileira de Enfermagem. De acordo com a porta-voz desta categoria³¹, Sra. Maria José Rossi, o serviço de saúde brasileiro deveria ser universal, descentralizado, gratuito, público e estatal.

A socióloga Maria Luiza Jagger esteve na Subcomissão com o objetivo de expor a posição da Central Única dos Trabalhadores³². Segundo Jagger, a CUT acreditava que o sistema de saúde deveria ser público, estatal e gratuito, ou seja, o Estado teria que ser o responsável e único prestador dos serviços. Outro ponto importante abordado por Jagger estava associado ao tipo de financiamento do sistema, o qual deveria ser proveniente de recursos orçamentários.

Outra contribuição importante para este debate foi a participação da Dra. Cristina Albuquerque Costa, Coordenadora dos Grupos Técnicos da Comissão de Reforma Sanitária. De acordo com a Dra. Costa, um dos grandes problemas do Sistema de Saúde vigente até então era a fragmentação da atuação e dos recursos, os quais eram divididos entre o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde. A solução para este problema seria unificar todas as ações e responsabilidades em um único ministério.

No dia 22 de abril de 1987 o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, compareceu à Subcomissão para expor suas convicções sobre o tema e sanar algumas dúvidas dos parlamentares. Em sua fala, podemos destacar suas declarações favoráveis à universalização e descentralização do sistema, a um orçamento unificado para a saúde, com recursos do Ministério da Previdência e do Ministério da

³¹ Enfermeira Maria José Rossi

³² Apesar da participação da CUT estar agendada para a terceira audiência, a Sra. Jagger obteve permissão para discursar brevemente nesta reunião.

Saúde, no âmbito federal, e com a complementação deste orçamento com recursos dos Estados e Municípios, onde seriam devidamente executados os serviços de saúde. Ou seja, na concepção do ministro, o sistema de saúde deveria ter um orçamento nacional, porém com a gestão descentralizada. O ministro também demonstrou aceitação quanto à participação da iniciativa privada na complementação dos serviços do sistema de saúde

Dentre os Constituintes presentes, o que demonstrou maior preocupação e intenção de defender a idéia de estatização foi o deputado Eduardo Jorge, médico sanitarista filiado ao PT de São Paulo. O parlamentar se manifestou reclamando da falta de clareza quanto a este ponto no documento apresentado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Conforme o Sr. Jorge, o relatório apresentado pela CNRS não dava o devido destaque ao assunto na forma como fora aprovado na 8ª CNS.

O fato é que a possibilidade da estatização ou intervenção não era um consenso nem mesmo entre aqueles que queriam ampliar a participação do Estado na regulação e provisão de saúde. Isso fica claro tanto nas falas dos parlamentares, quanto nos projetos da 8ª CNS e da CNRS.

No dia 23 de abril de 1987 ocorreu a audiência pública para os representantes da área patronal e dos provedores de serviços privados³³. O primeiro a discursar nesta reunião foi o Sr. Dr. Sílio Andrade, da Federação Brasileira de Hospitais. Segundo o Dr. Andrade, durante a ditadura militar, os hospitais privados³⁴ tinham um papel de suma importância na provisão dos serviços de saúde, pois correspondiam a 84% do total da assistência hospitalar brasileira. Além disso, o representante da Federação Brasileira de Hospitais afirmou que a política de saúde ligada ao sistema previdenciário, por meio dos

³³ Estiveram presentes os representantes da Federação Brasileira de Hospitais – Sr. Sílio Andrade, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Sr. Alexandre Lourenço, da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde – Sr. Francisco Ubiratan Dellape, e da Confederação Nacional das Indústrias – Senador Albano Franco.

³⁴ Computados também os hospitais privados filantrópicos.

seguros de saúde, havia criado uma procura por serviços de qualidade superior à oferecida pelas Santas Casas, demanda que só pôde ser atendida pela iniciativa privada.

Na opinião do Dr. Andrade, os hospitais públicos e privados deveriam coexistir para o bem do próprio sistema. Quanto ao financiamento dos serviços, o representante da Federação Brasileira de Hospitais disse que, para garantir um adequado funcionamento do sistema, seria necessário um maior aporte de recursos, um volume que estaria além da capacidade de financiamento da previdência. Ou seja, o Estado deveria encontrar uma maneira de substituir ou complementar a antiga forma de financiamento.

O segundo a expor suas idéias foi o Dr. Alexandre Lourenço, da Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial (Abramge). Em seu discurso, o Dr. Alexandre disse que enquanto o sistema público de saúde não tivesse as condições para oferecer um serviço de qualidade à população, não haveria motivos para excluir dos provedores privados do sistema. Além disso, o setor público deveria também avançar em direção a uma maior eficiência na provisão dos serviços, pois, conforme o próprio Dr. Alexandre, a iniciativa privada trabalhava de forma eficiente e com um custo que dificilmente o setor público poderia igualar.

O representante da Abramge afirmou ser favorável à universalização do sistema de saúde, porém, com o espaço para a participação do setor privado. Ainda conforme o Dr. Alexandre, a única forma de retirar os provedores privados do sistema seria acabar com a procura por seus serviços. Ou seja, o serviço público teria que ser uma opção melhor para a população. Assim o setor privado acabaria pela simples falta de demanda.

Na seqüência das exposições, a palavra foi oferecida ao Sr. Francisco Ubiratan Dellape, da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaesse). O Sr. Dellape deu grande ênfase à questão da estatização versus privatização da saúde. Em seu ponto de vista, a livre iniciativa de mercado seria a solução racional para universalizar a proteção à saúde e melhorar os padrões de atendimento à população.

Ademais, a Constituição deveria reconhecer que a iniciativa privada tinha participação singular e insubstituível na prestação dos serviços de saúde.

O representante da Fenaesse afirmou também que a liberdade de iniciativa do setor privado deveria ser respeitada e que qualquer ação do Estado, nesse setor, não poderia ser coercitiva.

O Sr. Dellape comentou também o aspecto financeiro da possibilidade de estatização dos serviços privados, argumentando que seriam necessários recursos elevadíssimos, os quais seriam inviáveis e até inexistentes na época.

Com o intuito de firmar posição no debate, o Sr. Dellape apresentou um documento contendo a proposta da Fenaesse para o sistema de saúde. Os pontos principais apontados eram:

- Proteção à saúde para todos, porém com o direito de livre opção entre serviços privados ou públicos;
- Igualdade no tratamento dos setores públicos e privados, com garantia de justa remuneração por serviços dos prestadores privados;
- Conselho Nacional de Saúde composto por representantes do Poder Executivo, do Poder Legislativo, das entidades sindicais de trabalhadores e das organizações sindicais patronais ou mesmo as não-sindicais.
- Tal Conselho seria a entidade máxima do sistema de saúde, mas não poderia tomar nenhuma decisão sem antes consultar os interessados na questão.

Vale lembrar que nesta audiência também estava prevista a participação da CNI. No entanto, nenhum porta-voz desta instituição compareceu para expor suas opiniões.

A participação da Confederação das Santas Casas de Misericórdia fora adiada para a reunião seguinte.

A terceira audiência pública, a qual previa a participação dos representantes dos trabalhadores³⁵, ocorreu no dia 29 de abril de 1987.

Nesta reunião, a primeira entidade a expor suas propostas foi a CUT, representada pela Sr. Maria Luíza Jaeger, a qual já havia apresentado as principais idéias da central sindical na primeira audiência pública desta Subcomissão. Entretanto, a Sra. Jaeger reforçou e detalhou o ponto de vista da CUT nesta segunda apresentação³⁶.

Em seguida, a porta-voz do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Brasília (Sindicatão), Sra. Sônia Republicano, pôde expor as preferências da entidade que ela representava. A opinião do Sindicatão era que a saúde deveria ser um direito do povo e um dever do Estado. Tal posição era compartilhada por Regina Senna, da Coordenação Nacional de Entidades Sindicais e Pré-Sindicais de Enfermagem.

O presidente da Federação Nacional dos Médicos³⁷, Roberto Chabo, foi outro participante a levar a contribuição de sua classe de trabalhadores para a Subcomissão. O Dr. Chabo apresentou as idéias de sua entidade, cujas características principais eram:

- Direito à saúde com acesso universal e garantia do Estado;
- Sistema Nacional de Saúde cuja responsabilidade seria dividida entre as três esferas da Federação;
- Participação do setor privado no sistema sob condições estabelecidas em contratos de Direito Público;

³⁵ Central Única dos Trabalhadores (CUT) – Maria Luiza Jaeger e Rodolfo Repulio Júnior, da Federação Nacional dos Médicos – Roberto Chabo, Sindicatão – DF (Sindicato dos Empregados de Estabelecimentos de Serviços de Saúde) Sônia Republicano, da Coordenação Nacional de Entidades Sindicais e Pré-Sindicais de Enfermagem (Conespse) – Regina Sena da Coordenação Nacional de Associações de Moradores (CONAM) – Maria Aladilce de Souza, da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag).

³⁶ Como já foi mencionado anteriormente, não julgo necessário repetir as principais proposições da CUT.

³⁷ O Dr. Francisco Álvaro Barbosa Costa, representando o Conselho Federal de Medicina, afirmou, na 4ª audiência pública, que o CFM endossava as propostas apresentadas pela Federação Nacional de Médicos.

- Possibilidade de desapropriação, intervenção ou expropriação dos serviços de natureza privada; e
- Financiamento do sistema com recursos orçamentários.

No dia 29 de abril de 1987 aconteceu a quarta reunião pública para a coleta de propostas dos segmentos da sociedade relacionados com o tema da saúde.

Na referida audiência, estiveram presentes os Srs. Moysés Goldbaum e Dr. Eleutério Rodrigues Neto, representando a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Os membros desta entidade acreditavam que seriam necessárias algumas diretrizes para o sistema único de saúde: integração³⁸; integralidade; descentralização; e participação da sociedade.

Além destas diretrizes, os representantes da Abrasco afirmaram acreditar que o atendimento universal deveria ser oferecido pelo setor público, mas com a significativa participação da iniciativa privada nos serviços de saúde, não haveria como deixá-los de fora do sistema. Quanto ao financiamento do sistema, deveria haver um percentual mínimo do orçamento para ser alocado na pasta da saúde.

Representando o Conselho Federal de Farmácia, Célia Chaves afirmou que sua categoria estava de acordo com as principais proposições apresentadas pela Abrasco, e lamentou concordar com o fato da iniciativa privada ainda ser necessária para a provisão dos serviços.

Dr. Pedro Dimitrof, também participou desta audiência, no papel de porta-voz da opinião da Associação Paulista de Saúde Pública. Conforme o Dr. Dimitrof, o sistema de saúde brasileiro teria que ser hierarquizado, descentralizado, igualitário, público e gratuito. A iniciativa privada sem fins lucrativos poderia participar da provisão dos serviços.

³⁸ Isso significaria uma só instituição no nível federal, uma única estadual, uma única municipal, que fossem de fato responsáveis por todas as ações que dizem respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde

Entretanto, seria vedada a transferência de recursos para as instituições com fins lucrativos.

Finda a etapa das discussões nas audiências públicas, o relator Carlos Mosconi (PMDB) organizou as sugestões oferecidas pelas diversas entidades que participaram dos debates e elaborou um anteprojeto.

O anteprojeto recebeu propostas de emendas, as quais foram avaliadas, receberam um parecer e, quando aprovadas, foram incorporadas ao texto do relator, dando origem ao substitutivo do relator.

Antes da votação, o referido substitutivo recebeu oitenta e nove destaques³⁹. Dentre as diversas sugestões apresentadas nesta etapa de votação, vamos mencionar aqui apenas as relevantes para o debate deste trabalho.

A universalização proposta no primeiro artigo do substitutivo não foi alvo de contestação por parte dos Constituintes. Houve três destaques e uma proposta de substitutivo⁴⁰, os quais pretendiam alterar o texto oferecido pelo relator, porém, estas sugestões foram derrotadas na votação.

Referente ao segundo artigo⁴¹, houve uma tentativa de suprimir parte do texto, relegando os princípios ali expostos para uma futura legislação complementar. No entanto, esta sugestão foi derrotada em votação.

³⁹ Contabilizando os destaques para as três seções (Saúde, Seguridade e Meio Ambiente). No que diz respeito à seção da saúde, apenas os artigos 6º e 11º não receberam destaque para votação.

⁴⁰ Proposta do Constituinte Gastone Righi, a qual mudava a redação dos artigos 1, 2, 3e 4. Além, de dar nova redação aos artigos citados, alterava substancialmente o conteúdo do artigo 4 com a intenção de suprimir a possibilidade de intervenção e estatização dos serviços privados. No entanto, esta proposta foi votada de forma global e acabou derrotada por 15 votos contra, 5 a favor e duas abstenções.

⁴¹ A Proposta apresentada era de suprimir a redação do referido artigo deixando apenas o texto do caput até o termo “Sistema Único”. Esta proposta foi rejeitada em votação e a redação do artigo ficou assim:

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;

Tratando do financiamento do sistema, no terceiro artigo, mais precisamente no segundo parágrafo, houve uma discussão sobre a possibilidade de estabelecer um percentual referente ao PIB, ou um percentual referente ao orçamento. A votação foi apertada, 12 a 11, vencendo a proposta do percentual referente às receitas do Estado.

Seguindo a ordem dos artigos, a Subcomissão passou a deliberar sobre o artigo 4º. A questão da participação da iniciativa privada e a possibilidade de intervenção e estatização eram polêmicas e resultaram em seis pedidos de destaque e mais três emendas⁴². A discussão em torno do caput e do primeiro parágrafo ocorreu com sugestões bem variadas, porém todas malograram. Quanto ao 2º parágrafo, o relativo à possibilidade de intervenção e/ou estatização dos serviços de saúde privados, houve duas emendas substitutivas. A primeira a ser debatida alterava o texto exigindo uma aprovação prévia do Legislativo em caso de estatização, mas foi derrotada na votação. A segunda mantinha a possibilidade de estatização e intervenção, mas adicionava a necessidade do Estado fornecer uma justa indenização em moeda corrente. Tal proposta foi aprovada com 14 votos a favor e sete contra. Ainda referente a este artigo, houve uma emenda supressiva do parágrafo 3º que não foi aprovada.

Na seqüência dos debates ainda foram votadas mais algumas sugestões dos parlamentares⁴³.

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.

⁴² A primeira sugestão votada pela alteração da redação do caput do artigo, mas o novo texto foi derrotado.

⁴³ Alguns parlamentares argumentaram que a possibilidade de remoção de órgão e tecidos para fins de transplante deveria ser tratada em legislação complementar. O resultado da deliberação foi pela manutenção do assunto na esfera constitucional. A votação da alteração do texto, no entanto, teve um resultado curioso, foram 10 votos a favor, 8 contra e 4 abstenções, desta maneira, permaneceu o texto do relator porque a sugestão do Constituinte não obteve maioria absoluta. A questão da eutanásia, abordada no 12º artigo, foi alvo de um destaque para a sua supressão. Porém, os Constituintes presentes decidiram pela manutenção do texto.

Além das emendas e destaques, houve também a proposta de inclusão de mais um artigo na seção de saúde. O que foi aprovado e gerou um 13º artigo com a seguinte redação: "Compete ao Poder Público garantir a homens e mulheres o direito de determinar livremente o numero de filhos, sendo vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo Poder Público ou entidade

Os principais pontos do texto final⁴⁴ aprovado na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente estão no quadro abaixo:

Quadro 2 – Anteprojeto da Subcomissão

Características do Sistema de Saúde Proposto	Anteprojeto da Subcomissão
Abrangência do Sistema	Universal
Responsabilidade de provisão dos serviços	Dever do Estado direito de todos
Descentralização	Descentralizado
Financiamento	Fundo Nacional de Saúde
Liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados	Liberdade assegurada
Destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos	Nada consta
Participação do setor privado de prestação de serviços	Pode colaborar na cobertura assistencial sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público
Possibilidade do Poder Público em intervir e/ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada	Sim
Participação estrangeira nos serviços	Proibida
Possibilidade de importação de equipamentos médicos	Nada Consta
Propaganda de medicamentos	Vedada

Resumindo, havia entre os membros da Subcomissão um consenso a questão da universalidade do sistema, como dever do estado e direito de todos. Porém, ficou nítida a clivagem entre a iniciativa privada e os grupos de interesses que desejavam uma maior participação do Estado na provisão e regulação das políticas de saúde. Entretanto, mesmo dentre aqueles que queriam o fortalecimento do papel do Estado, não havia consenso quanto à estatização dos serviços. Por um lado estavam os grupos de interesses como a CUT e a Associação Brasileira de Enfermagem, os quais queriam um

privada; assegurar o acesso à educação à informação aos métodos adequados à regulamentação da fertilidade, respeitar os sentimentos individuais.”

⁴⁴ Para fins deste trabalho menciono apenas os artigos da seção de saúde. A reprodução exata do texto referente à saúde está no Anexo deste trabalho.

sistema de saúde estatal. Por outro estavam as burocracias responsáveis pela CNRS, Inamps e Ministério da Previdência, além de entidades como a Federação Nacional de Médicos, Abrasco e Conselho Nacional de Farmácia, os quais aceitavam um sistema de saúde com provisão de serviços dividida entre Estado e iniciativa privada.

Outro ponto importante no debate da Subcomissão foi a questão do financiamento. Havia um consenso no sentido de que os recursos disponíveis até então eram insuficientes para a universalização do sistema e manutenção dos serviços. Porém, havia uma divisão de opiniões sobre as fontes de financiamento mais adequadas, sendo que no final foi decidido que deveria ser criado um Fundo Nacional de Saúde para financiar o sistema.

4.2. Comissão da Ordem Social

Dando prosseguimento às deliberações na ANC, a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente encaminhou seu anteprojeto para que este fosse avaliado, analisado e votado na Comissão da Ordem Social.

Os trabalhos na referida Comissão se desenvolveram de forma distinta da adotada na Subcomissão. Presidida por Edme Tavares (PFL) e com a relatoria sob responsabilidade do parlamentar Almir Gabriel (PMDB), a Comissão da Ordem Social era composta por 64 Constituintes e tinha como objetivo analisar e votar os anteprojetos provenientes da Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos; Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente; e Subcomissão dos Negros,

Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias⁴⁵, para depois agrupar as matérias votadas, formulando um anteprojeto de capítulo para a Comissão de Sistematização.

A organização dos trabalhos na Comissão da Ordem Social ocorreu com reuniões separadas para discutir os anteprojeto das Subcomissões acima mencionadas. Nesta fase do processo decisório, não havia a possibilidade de manifestação de grupos de interesses, apenas os constituintes puderam expressar suas opiniões.

Na reunião para a discussão sobre o anteprojeto da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente o debate ficou quase que totalmente restrito ao tema da saúde. Ocorrida no dia 28 de maio de 1987, o encontro ofereceu uma oportunidade para a exposição das opiniões dos parlamentares sobre o tema.

No debate ocorrido nesta arena os principais pontos discutidos foram: propaganda para medicamentos; prática da eutanásia⁴⁶; problemas do financiamento atrelado ao PIB e; principalmente, a possibilidade de intervenção e estatização dos serviços de natureza privada.

Quem primeiro levantou a questão do financiamento foi o constituinte Alcenir Guerra (PFL), afirmando que as variações do PIB poderiam acarretar problemas de falta de recursos para a saúde, justamente o contrário do que desejavam os parlamentares. Conforme Guerra, o melhor seria definir um percentual fixo do orçamento. O constituinte Eduardo Jorge (PT) também se manifestou preocupado com o assunto e afirmou estar de acordo com Alcenir Guerra.

Observe-se portanto que no tocante a garantir recursos cativos para a área da saúde havia consenso entre parlamentares de orientação ideológica muito distinta.

⁴⁵ No entanto, para fins deste trabalho iremos analisar apenas as deliberações relativas à política de saúde.

⁴⁶ Quanto à proibição de eutanásia e da propaganda de medicamentos, a discussão se resumiu a dois pontos de vista: alguns parlamentares achavam que a Constituição deveria ser clara e proibir tais práticas; de outro lado, havia quem demonstrasse acreditar que a simples proibição era muito restritiva, o Estado deveria apenas regulamentar tais atividades.

Entretanto, o debate mais polêmico na referida reunião foi sobre a possibilidade de estatização ou intervenção estatal sobre os serviços de saúde de natureza privada. Em suas participações, os constituintes Mendes Botelho (PTB), Oswaldo de Almeida (PL) e Mattos Leão (PMDB) afirmaram ser contrários a tal possibilidade, argumentando principalmente que os serviços privados eram mais bem avaliados pela população, portanto, seria um contra-senso caminhar na direção da estatização. Por outro lado, os parlamentares Eduardo Jorge (PT), Alcení Guerra (PFL), Benedita da Silva (PT), José Elias Murad (PTB) e Edmilson Valentim (PC do B) mostraram-se favoráveis a este ponto específico do anteprojeto, alegando que havia a permissão para a participação da iniciativa privada no sistema de saúde proposto. A intervenção ou estatização só ocorreria em caso de necessidade. Ainda conforme estes últimos parlamentares, o objetivo principal seria o fortalecimento do papel do Estado como provedor de serviços, idéia esta que também era compartilhada pelos constituintes Geraldo Campos (PMDB) e José Carlos Saboia (PMDB).

Note-se que não há uma clara divisão partidária na posição dos constituintes quanto ao assunto. Havia parlamentares do PMDB e PTB em ambos os blocos, além de parlamentares do PT e PC do B em consenso com um parlamentar do PFL.

Após as discussões os constituintes apresentaram emendas ao anteprojeto. Estas foram avaliadas pelo relator da Comissão e, quando aceitas, foram introduzidas em seu projeto substitutivo. Ressalvados os destaques apresentados, o substitutivo do relator foi aprovado com 61 votos a favor.

No que diz respeito aos destaques relativos ao tema da saúde, a discussão ficou restrita a dois pontos principais: participação da iniciativa privada no sistema de saúde e possibilidade de intervenção e/ou estatização dos serviços de saúde de natureza privada.

A primeira emenda a ser votada fora apresentada pelo constituinte Mauro Sampaio (PMDB). Sua emenda tratava da proibição da destinação de recursos públicos

para investimento em instituições privadas com fins lucrativos e solicitava a inclusão da redação “exceto no que a lei dispuser”. Na votação responderam “sim” apenas 7 parlamentares, e “não” 45. A emenda foi rejeitada.

Esta emenda tentava abrir espaço na legislação para que instituições privadas pudessem receber investimentos do Estado. No entanto, as experiências com as políticas anteriores mostravam que ações como esta se tornavam investimentos a fundo perdido. Por isso, fica fácil entender a derrota esmagadora da emenda.

A outra emenda, apresentada por Ruy Nedel (PMDB), era supressiva e referia-se à possibilidade de intervenção e estatização dos serviços de saúde de natureza privada. O argumento do autor era que tal permissão abria ensejo para intervenções ditatoriais ministradas por qualquer médico que fosse chefe do Inamps. A votação desta emenda teve um resultado curioso, pois 24 constituintes foram favoráveis à supressão deste ponto, e outros 18 parlamentares foram contra. Porém, como o regimento interno da Comissão da Ordem Social⁴⁷ exigia maioria absoluta para a definição do resultado da votação, a aludida emenda foi rejeitada.

Com isso podemos perceber que até esta fase do processo decisório, o embate continuava concentrado na permissão ao Estado estatizar ou intervir nos serviços privados. Além disso, nesta Comissão a vitória dos estatizantes foi mais apertada e só aconteceu porque os contrários a esta idéia conseguiram apenas a maioria relativa, mas não a maioria absoluta.

Perceba que a possibilidade de intervenção e estatização eram sempre propostas num mesmo artigo. Isso demonstra que os constituintes encaravam a intervenção como uma etapa inicial de um processo de estatização, e não como algo apenas temporário em caso de necessidade.

⁴⁷ Artigo 14 do Regimento Interno da Comissão, votado na própria Comissão Temática.

Esse debate era basicamente sobre quem iria prover os serviços no sistema de saúde brasileiro. De um lado, os representantes da iniciativa privada queriam vetar tal possibilidade mesmo em casos extremos, caso contrário teriam apenas proposto regras específicas para a possibilidade de intervenção nos serviços privados. Do outro lado estavam tanto aqueles que queriam um sistema de saúde estatal, como também os que queriam que o Estado tivesse esse mecanismo legal para ser usado quando fosse conveniente.

Os principais pontos do texto final da Comissão da Ordem Social, referente ao tema da saúde estão no quadro abaixo⁴⁸.

Quadro 3 – Anteprojeto da Comissão da Ordem Social

Características do Sistema de Saúde Proposto	Anteprojeto da Comissão da Ordem Social
Abrangência do Sistema	Universal
Responsabilidade de provisão dos serviços	Dever do Estado direito de todos
Descentralização	Descentralizado
Financiamento	Fundo Nacional da Seguridade Social e receita dos Estados e Municípios
Liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados	Liberdade assegurada
Destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos	Vedada para investimentos
Participação do setor privado de prestação de serviços	Pode participar de forma complementar na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público
Possibilidade do Poder Público em intervir e/ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada	Sim
Participação estrangeira nos serviços	Proibida
Possibilidade de importação de equipamentos médicos	Nada Consta
Propaganda de medicamentos	Vedada

⁴⁸ Para fins deste trabalho menciono apenas os artigos da seção de saúde. A reprodução exata do texto referente à saúde está no Anexo deste trabalho.

4.3. Comissão de Sistematização

Obedecendo a organização dos trabalhos prevista no Regimento Interno da ANC, a Comissão de Sistematização, composta por 93 constituintes, tinha como objetivo consolidar, analisar e votar os anteprojetos oriundos das 8 Comissões Temáticas. O presidente eleito para esta Comissão foi o constituinte Afonso Arinos (PFL), que por sua vez designou o Sr. Bernardo Cabral (PMDB) como relator da Comissão de Sistematização.

Além das emendas apresentadas pelos parlamentares, o Regimento Interno previa a apresentação de emendas populares, as quais também seriam analisadas e votadas nesta Comissão.

Quando da apresentação do Primeiro Substitutivo do Relator (Cabral I), as lideranças dos partidos representados na ANC decidiram que seria melhor excluir os destaques da votação na Comissão de Sistematização e deixá-los para uma discussão futura. Sendo assim, as lideranças pediram aos demais constituintes para que estes retirassem seus destaques. Tal acordo visava promover maior celeridade ao processo decisório.

O resultado da votação foi pela aprovação do substitutivo, 76 votaram “sim” e 15 votaram “não”.

Seguindo a orientação das lideranças, os parlamentares foram, um a um, retirando seus destaques. O único destaque que não foi retirado, apresentado pelo constituinte Gastone Righi (PTB), tratava de uma emenda que concedia aos municípios o ISS e pedia a votação em separado de dois dispositivos: um que proibia descontos e contribuições em folha de serviços e o outro que tratava justamente do artigo que permitia ao Poder Público a intervenção e estatização dos serviços de saúde de natureza privada.

O referido destaque foi colocado em votação nominal, sendo rejeitado por 78 constituintes, contra 6 que haviam votado “sim”. Note que aqui o que foi rejeitado foi o destaque, e não o conteúdo nele proposto. Esta rejeição ocorreu porque o Sr. Righi não quis seguir a orientação das lideranças e não retirou o seu pedido de destaque.

Quanto às Emendas Populares⁴⁹, o relator deu parecer positivo às relativas ao tópico da saúde, e este parecer foi aceito pela Comissão em votação simbólica. Em seguida ocorreram reuniões para a apresentação e discussão das Emendas Populares acolhidas. Para apresentar a Emenda Popular sobre a Saúde Pública, compareceu à ANC o deputado estadual do MS, Sr. André Puccinelli (PMDB), no papel de representante da Associação Médica do Mato Grosso do Sul, Associação dos Cirurgiões Dentistas e Associação dos Sanitaristas. Sua proposta era definir o Estado como responsável pela saúde pública e definir percentuais mínimos da receita de impostos da Federação, Estados e Municípios, a serem destinados para programas de saúde.

Em seguida, o Secretário da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Sérgio Arouca, obteve a palavra para defender outra Emenda Popular. Na condição de representante da Federação Brasileira de Nutrição de São Paulo e do Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro, o Sr. Arouca defendeu um Sistema Nacional de Saúde Pública com liberdade para a atuação da iniciativa privada, mas com controle de regras efetuado pelo Poder Público.

Logo após a exposição do Sr. Arouca, o constituinte Gastone Righi (PTB) tomou a palavra para explicar mais uma Emenda Popular. O parlamentar afirmou que estava representando a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde de São Paulo, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo de São Paulo e a Federação Brasileira de Hospitais de São Paulo. Conforme o Sr. Gastone Righi, a referida Emenda Popular

⁴⁹ Estas Emendas Populares não necessariamente visavam alterar o que já havia sido aprovado nas fases anteriores da ANC. O objetivo ali era abrir espaço para o recebimento de sugestões provenientes da população.

defendia que o Sistema Nacional de Saúde deveria respeitar os seguintes princípios: universalidade no atendimento; pluralismo de sistemas médico-assistenciais; livre exercício profissional; e

livre opção do indivíduo entre diversos sistemas. Vale ressaltar que, em sua fala, o constituinte atacou as idéias de intervenção e estatização de serviços de saúde, defendendo o livre exercício de serviços de saúde de natureza privada e enfatizando o fato de que os provedores de serviços privados contribuíam com uma grande parcela do total de atendimentos de saúde naquela conjuntura.

Antes mesmo de votar os destaques do Primeiro Substitutivo do Relator, o próprio Bernardo Cabral decidiu elaborar um Segundo Substitutivo, o qual ficou conhecido como “Cabral II”.

Na votação do Segundo Substitutivo do Relator (Cabral II), os Títulos do projeto de Constituição foram votados e aprovados um a um, ressalvados os destaques solicitados pelos constituintes.

No caso da saúde, o Título VIII do projeto foi aprovado⁵⁰ por unanimidade entre os 72 parlamentares ali presentes. Perceba que aqui não foram votados os conteúdos da matéria, mas apenas os Títulos do projeto de Constituição.

Após a rodada de votações dos Títulos, a Comissão de Sistematização passou a votar os destaques solicitados pelos parlamentares ali presentes. Vale ressaltar que, nesta etapa da deliberação, os constituintes poderiam solicitar preferência para votação de destaque referente a emendas ao Primeiro e/ou Segundo Substitutivo do Relator, tendo em vista que as emendas ao Primeiro Substitutivo não haviam sido votadas na Comissão.

O primeiro destaque relativo ao tema da saúde que entrou em pauta foi a emenda do constituinte Sotero Cunha (PDC). Sua emenda solicitava a substituição do texto do

⁵⁰ Com a ressalva dos destaques.

artigo 255⁵¹ por uma nova redação que garantisse a universalização do sistema de saúde, mas não colocasse em risco a liberdade de atuação da iniciativa privada nesse setor. O parlamentar Carlos Sant'anna (PMDB) fez a contraposição à emenda argumentando que a redação do texto do Segundo Substitutivo do Relator garantia a participação da iniciativa privada no sistema de saúde, assegurava o ressarcimento dos serviços prestados pela iniciativa privada nos atendimentos do sistema único de saúde e, além disso, oferecia à população o acesso universal aos serviços.

Outro constituinte que fez uma exposição contrária à referida emenda, o Sr. José Fogaça (PMDB), afirmou que o texto do Relator Bernardo Cabral ia ao encontro do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e tinha o apoio da Fundação Oswaldo Cruz, da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Conselho Federal de Medicina, da Federação Nacional dos Médicos, do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

A emenda do Sr. Sotero Cunha foi votada e derrotada por 66 votos contrários, dentre 91 votos no total, com apenas uma abstenção.

Na sequência dos trabalhos, os Srs. Gastone Righi (PTB) e Siqueira Campos (PDC) apresentaram uma emenda supressiva a qual visava retirar do texto constitucional o inciso que proibia a destinação de recursos públicos para investimentos em entidades privadas com fins lucrativos. Na defesa desta emenda, o argumento destes constituintes era que a participação das instituições privadas nos serviços de saúde era enorme e que tal impedimento seria uma discriminação com o intuito de favorecer as entidades públicas ou filantrópicas. Para defender o texto do Relator a parlamentar Abigail Feitosa (PMDB) afirmou que nos 20 anos anteriores à ANC os empresários do ramo da saúde haviam sido

⁵¹ Artigo 255 do Segundo Substitutivo do Relator: "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 o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde."

beneficiados com recursos públicos para construção de equipamentos para entidades privadas e, como consequência da falta de recursos para investimentos, houve ainda o sucateamento dos equipamentos públicos. Na visão da constituinte Feitosa, os investimentos privados deveriam ser obtidos junto às instituições financeiras regulares.

O constituinte Gerson Peres (PDS) foi outro a expor suas idéias contra a emenda proposta. Conforme o parlamentar, o texto do relator proibia apenas a destinação de recursos para as entidades privadas que mercantilizavam os serviços de saúde.

O Relator, Bernardo Cabral (PMDB), também pode defender seu projeto e disse que os escassos recursos da saúde deveriam ser oferecidos para a expansão da rede pública de saúde, principalmente onde não há o interesse de atuação dos prestadores privados com fins lucrativos.

O resultado da votação da aludida emenda foi favorável ao texto do relator, com 66 votos contrários a emenda, 25 favoráveis e 2 abstenções.

Na continuação das deliberações, a emenda oferecida por Roberto Jefferson (PFL) entrou na pauta dos debates. Tal emenda visava modificar o art. 27 do Segundo Substitutivo do Relator⁵², excluindo o termo “execução” e incluindo “dando prioridade à execução de serviços de atenção primária de saúde à população”. Segundo o Sr Jefferson, o texto do relator era demasiadamente estatizante porque, em suas próprias palavras, “colocava a iniciativa privada não sob direção e regulamentação do Estado, mas sob um órgão menor, mais mesquinho, mais político, mais rancoroso, de perseguições e quase nunca honesto, que são as autarquias que compõem o Poder Público.”

Em defesa do texto do Relator, os parlamentares, Abigail Feitosa (PMDB), Carlos Sant’anna (PMDB) e Almir Gabriel (PMDB), fizeram suas exposições apontando os perigos da redação da emenda proposta pelo Sr. Jefferson. Conforme os referidos

⁵² Caput do Art 27: “Cabe ao Poder Público a regulamentação, a execução e o controle das ações e serviços de saúde.”

constituintes, o texto do Sr. Jefferson possibilitava o entendimento de que o Estado não mais seria o responsável pela execução dos serviços de saúde, delegando à iniciativa privada este papel. Além disso, ao enfatizar o papel do Estado como priorizando o atendimento primário, os serviços secundários e terciários, considerados mais rentáveis, ficariam sob total responsabilidade das entidades privadas que seriam ressarcidas pelo próprio Estado, fato que, na opinião dos aludidos parlamentares, seria extremamente prejudicial para a população.

Na votação o Sr. Jefferson sofreu uma esmagadora derrota com apenas 10 votos favoráveis à sua emenda, num total de 93 votos, sem abstenções.

Mais uma emenda proposta para o texto da saúde fora apresentada em co-autoria pelos parlamentares Inocêncio de Oliveira (PFL) e Darcy Pozza (PDS). Esta emenda era supressiva e visava eliminar do texto o parágrafo que permitia ao Estado requerer o monopólio da importação de equipamentos médicos, medicamentos e matéria-prima para a indústria farmacêutica. O argumento dos autores da emenda apontava para uma possível deterioração da indústria farmacêutica nacional, caso tal monopólio fosse estabelecido. Ademais, a simples demora na autorização de importações deste setor poderia causar uma defasagem nos equipamentos, acarretando em piores condições para a prestação de serviços.

O constituinte José Genuíno (PT) foi o responsável por defender o texto do Relator e fez sua exposição afirmando que a redação do Relator apenas abria o espaço para a solicitação do monopólio em uma situação de claro interesse coletivo. Outro parlamentar que defendeu o texto do Relator foi o Sr. Aldo Arantes (PC do B). Em sua fala, o constituinte afirmou que a redação elaborada pelo Relator tinha como objetivo estabelecer uma melhor forma de negociar os insumos básicos para a indústria deste setor, para oferecer condições de desenvolvimento da indústria nacional e modificar a conjuntura da

época, a qual, na opinião do constituinte, as indústrias farmacêuticas brasileiras não passavam de “embaladoras” e “transformadoras de matérias-primas”.

No entanto, apesar das defesas do texto do Relator, o próprio Bernardo Cabral (PMDB) fez uma exposição na qual dizia entender os argumentos dos defensores da emenda e recomendava aos constituintes que votassem no sentido de sua aprovação. Não por acaso, a emenda foi aceita com 64 votos favoráveis e 15 contrários, sem abstenções.

Na continuação dos trabalhos⁵³, o constituinte Sr. Jarbas Passarinho (PDS) apresentou mais uma proposta para o texto da saúde. Sua emenda visava adicionar ao texto do Relator o seguinte parágrafo: “Ficam isentas de recolhimento, de contribuição, para a seguridade social, as instituições beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.”. O objetivo desta emenda era proporcionar benefício fiscal para as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições filantrópicas. O Relator acatou o argumento em defesa da emenda e deu parecer favorável indicando aos demais parlamentares que votassem a favor da aludida emenda. O resultado da votação foi a aprovação com apenas um voto contrário e sem abstenções.

Mais duas emendas que visavam acrescentar conteúdo ao texto do Relator foram apresentadas. Uma tratava da questão dos transplantes⁵⁴ e a outra da questão do desenvolvimento científico na área da saúde⁵⁵

⁵³ Antes desta proposta, houve a apresentação de uma emenda sobre o tema da saúde ocupacional. Esta emenda que pretendia alterar o texto do Relator suprimindo o termo “saúde ocupacional” do inciso que “b” do art. 228 do Segundo Substitutivo do Relator⁵³. Os autores, Michel Temer (PMDB) e Bocauiyva Cunha (PDT), afirmaram, na defesa de sua emenda, que tal assunto deveria ser de responsabilidade da legislação trabalhista e que sua supressão no texto relativo ao tema da saúde em nada afetaria a construção do sistema único de saúde. Com opinião contrária, o parlamentar Raimundo Bezerra (PMDB) defendeu a redação do Relator dizendo que a manutenção do termo “saúde ocupacional” seria de suma importância para a defesa dos trabalhadores mais vulneráveis aos males ocasionados na ocupação laboral. Este era um aspecto bastante polêmico e a votação ocorreu de forma disputada, sendo que a emenda foi derrotada por 47 votos contrários e 45 votos favoráveis, sem abstenções.

⁵⁴ Esta emenda foi apresentada pelo parlamentar Sr. Uldurico Pinto (PMDB). Tal emenda tinha como objetivo acrescentar ao texto o seguinte parágrafo: “A lei disporá sobre as condições e

A última emenda a entrar em pauta nesta rodada de votações fora apresentada pelo Sr. Eduardo Jorge (PT) e visava acrescentar ao texto do Relator especificações sobre a questão da saúde do trabalhador⁵⁶

Em suma, durante a Comissão de sistematização houve duas diferentes dinâmicas de debates. Uma com a apresentação das Emendas Populares e a outra com a exposição mais clara das preferências dos Constituintes.

Com a possibilidade de apresentação de Emendas Populares novamente foram expostas as diferenças entre os grupos de interesses que tinham um viés de fortalecimento do papel do Estado, e os provedores privados de saúde. Tal fato demonstra que estes dois grupos estavam atentos e organizados para aproveitar todas as oportunidades oferecidas pela ANC para influenciar o modelo de política de saúde brasileiro. Ambos tinham suas origens e suas preferências claramente baseadas nas políticas de saúde anteriores à ANC. E a principal questão em disputa entre eles era sobre quem seriam os responsáveis pela provisão dos serviços de saúde.

Nos debates entre os parlamentares, os principais pontos levantados também seguiam a clivagem dos grupos de interesses supracitados. A possibilidade de destinação de recursos do Estado para instituições privadas, o monopólio de importação de medicamentos e equipamentos de saúde e os papéis do Estado e da iniciativa privada na provisão dos serviços foram debatidos pelos constituintes, deixando claro que de um lado

requisitos que facilitem a remoção de órgãos e tecidos humanos para fins de transplantes e pesquisa. Parágrafo único. É vedado todo o tipo de comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas.". Com o parecer favorável do Relator, Bernardo Cabral, a aludida emenda foi aprovada com 86 votos a favor e apenas 2 contra, sem abstenções.

⁵⁵ O constituinte Sr. Egídio Ferreira Lima (PMDB), por meio de uma emenda aditiva, solicitou o acréscimo de mais um parágrafo ao texto do Relator. Seu objetivo era colocar no projeto de Constituição que os recursos destinados ao desenvolvimento científico e tecnológico teriam administração unificada. Com 86 votos a favor e apenas 2 contra, a emenda foi aprovada.

⁵⁶ Esta matéria que constava no projeto aprovado na Comissão da Ordem Social, mas que havia sido excluída na Comissão de Sistematização. O Relator deu parecer contrário a esta emenda argumentando que a redação oferecida pelo constituinte Eduardo Jorge estava mais para uma regulamentação do que para matéria constitucional. O resultado da votação foi desfavorável a emenda que conseguiu apenas 24 votos favoráveis, contra 64, sem abstenções.

estavam os que queriam uma maior participação do Estado na regulação e provisão de serviços, e de outro estavam os que queriam não apenas garantir a iniciativa privada como participante na provisão dos serviços, como também tentavam deixar esta participação o mais liberal possível.

Nas suas falas, os parlamentares dão diversos exemplos das políticas anteriores para embasar seus argumentos e tentar convencer seus colegas. Isso deixa claro que as preferências dos constituintes foram, de alguma forma, afetadas pelas políticas previamente estabelecidas.

Outro ponto muito importante nesta fase da ANC foi a retirada da possibilidade de intervenção e estatização dos serviços e equipamentos privados de saúde. Isso ocorreu entre o Primeiro e o Segundo Substitutivo do Relator, sem que essa matéria fosse discutida no parlamento e sem a votação de uma emenda supressiva. O relator retirou isso do texto do seu Segundo Substitutivo e esse artigo não voltou para o texto final aprovado na Comissão de Sistematização, isso sem que qualquer emenda referente a este ponto tenha sido votada nesta fase da ANC. Tal fato demonstra que houve negociações, fora das arenas oficiais de debate, cujos conteúdos não estão nos arquivos da ANC, mas que decidiram muitas questões importantes da Constituinte.

Os principais pontos do texto final da Comissão de Sistematização, referente ao tema da saúde estão no quadro abaixo⁵⁷.

⁵⁷ Para fins deste trabalho menciono apenas os artigos da seção de saúde. A reprodução exata do texto referente à saúde está no Anexo deste trabalho.

Quadro 4 – Projeto da Comissão de Sistematização

Características do Sistema de Saúde Proposto	Projeto da Comissão de Sistematização
Abrangência do Sistema	Universal
Responsabilidade de provisão dos serviços	Dever do Estado direito de todos
Descentralização	Descentralizado
Financiamento	Recursos da Seguridade Social e receita dos Estados e Municípios
Liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados	Assistência à saúde livre à iniciativa privada
Destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos	Vedada para investimentos
Participação do setor privado de prestação de serviços	Poderá participar de forma supletiva na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público
Possibilidade do Poder Público em intervir e/ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada	Nada Consta
Participação estrangeira nos serviços	Proibida
Possibilidade de importação de equipamentos médicos	Nada Consta
Propaganda de medicamentos	Nada Consta

4.4. Plenário

O Plenário era a fase final do longo e descentralizado processo de elaboração da Constituição na ANC. Entretanto, como vimos anteriormente, o projeto que fora encaminhado para votação no Plenário continha muitos pontos que desagradavam uma parcela significativa dos constituintes. Estes parlamentares formaram uma coalizão, denominada “Centrão”, e conseguiram, por meio de votação em Plenário, alterar o Regimento Interno da ANC, visando facilitar a alteração do texto enviado pela Comissão de Sistematização.

Conforme o 2º Regimento Interno da ANC, na etapa do Plenário seria possível a apresentação de substitutivos globais no formato de emendas coletivas, bastando que

uma maioria absoluta da ANC tivesse assinado o substitutivo. Foi exatamente o que o Centrão fez ao apresentar a emenda coletiva nº2044, assinada por 288 parlamentares ali presentes, para a votação em primeiro turno. Nesta emenda coletiva constava, dentre outras coisas, uma nova redação para a Seção I do Capítulo II do Título VIII do projeto proveniente da Comissão de Sistematização.

Os principais pontos da emenda apresentada pelo Centrão estão no quadro abaixo:

Quadro 5

Características do Sistema de Saúde Proposto	Emenda do Centrão
Abrangência do Sistema	Universal
Responsabilidade de provisão dos serviços	Dever do Estado direito de todos
Descentralização	Descentralizado
Financiamento	Recursos da seguridade social e do orçamento
Liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados	Liberdade assegurada
Destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos	Vedada para subvenção às instituições privadas com fins lucrativos
Participação do setor privado de prestação de serviços	Pode colaborar na cobertura assistencial sob condições estabelecidas em contrato ou convênio
Possibilidade do Poder Público em intervir e/ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada	Nada consta
Participação estrangeira nos serviços	Vedada, salvo nos casos previstos em lei
Possibilidade de importação de equipamentos médicos	Nada consta
Propaganda de medicamentos	Nada consta

Conforme acordo feito entre as lideranças partidárias, esta emenda seria votada sem prejuízo, ressalvados os destaques, sendo que posteriormente seriam votadas as fusões de emendas que haviam sido combinadas entre as lideranças. O resultado desta votação foi favorável à emenda com 470 votos a favor e 10 contra, com 2 abstenções.

Os constituintes Raimundo Bezerra (PMDB), Carlos Sant'Anna (PMDB), Jorge Vianna (PMDB), Mário Covas (PMDB), Pedro Canedo (PFL), Abigail Feitosa (PMDB),

Jamil Haddad (PSB), Mário Maia (PDT), Eduardo Jorge (PT), Humberto Souto (PFL), Michel Temer (PMDB), Rita Camata (PMDB), Santinho Furtado (PMDB), Gerson Peres (PDS) apresentaram uma fusão de emendas⁵⁸ com o intuito de substituir o texto da Seção I, Capítulo II do Título VIII. Os principais pontos desta emenda estão no quadro abaixo:

Quadro 6

Características do Sistema de Saúde Proposto	Fusão de emendas com o intuito de substituir o texto da Seção I, Capítulo II do Título VIII
Abrangência do Sistema	Universal
Responsabilidade de provisão dos serviços	Dever do Estado direito de todos
Descentralização	Descentralizado
Financiamento	Recursos da Seguridade Social e orçamento dos três níveis da Federação
Liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados	Liberdade assegurada
Destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos	Vedada para auxílios e subvenção à instituições privadas com fins lucrativos
Participação do setor privado de prestação de serviços	Pode colaborar na cobertura assistencial sob condições estabelecidas em contrato ou convênio
Possibilidade do Poder Público em intervir e/ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada	Nada consta
Participação estrangeira nos serviços	Vedada, salvo nos casos previstos em lei
Possibilidade de importação de equipamentos médicos	Nada consta
Propaganda de medicamentos	Nada consta

Como podemos perceber, a proposta de fusão de emendas apresentava apenas duas diferenças substantivas quanto à emenda do Centrão.

⁵⁸ Outra proposta de fusão de emendas, assinada pelos constituintes Jamil Haddad, Carlos Sant'anna, José Fogaça, João Natal, Mario Maia e Eduardo Jorge, delegava à legislação complementar a regulamentação das condições e requisitos para 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, proibindo todo tipo de comercialização. Esta proposta de fusão também foi aprovada, com 313 votos a favor, 127 votos contra e 37 abstenções.

Primeiro, na questão do financiamento, a proposta do Centrão previa que os recursos fossem da Seguridade Social e do orçamento, mas não especificava que teria que ser do orçamento dos três níveis da Federação. Esse detalhe foi acrescentado pela fusão de emendas.

A segunda diferença refere-se à questão da destinação de recursos do Estado para instituições com fins lucrativos. Na proposta do Centrão isso seria totalmente proibido, mas na fusão de emendas seria proibida apenas a destinação de subvenções às instituições privadas. Ou seja, se houvesse previsão de retorno do recurso, como nos investimentos regulares, não haveria problema. Porém, a destinação de recursos do Estado para instituições privadas sem previsão de retorno financeiro seria terminantemente proibida. Essa mudança deixa bem claro que os constituintes levaram em consideração o que ocorrera durante o regime autoritário, quando os militares destinaram um elevado montante de recursos para instituições privadas sem receber nenhum retorno com isso. Essa política foi mal avaliada e, durante a ANC, os constituintes encontraram uma maneira de impedir que isso ocorresse novamente.

Outro ponto interessante sobre a fusão das emendas é que fica claro que havia uma negociação para a formação de consensos pluripartidários. Nesta fusão de emendas havia contribuições de vários parlamentares de partidos de diferentes propostas ideológicas. Ou seja, o embate na saúde não foi uma questão de Partido X contra partido Y.

A proposta da fusão de emendas foi aprovada com 472 votos favoráveis, 9 contrários e 6 abstenções.

Na sequência dos trabalhos, foi apreciado o destaque da constituinte Abgail Feitosa (PMDB), o qual dava nova redação ao parágrafo 3º do art. 233, definindo que a saúde seria financiada por recursos da seguridade social, um percentual mínimo de 13% da receitas do Governo Federal, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras

fontes. A parlamentar, Sra. Feitosa, defendeu sua emenda com o argumento de que seria necessário garantir, no texto constitucional, um montante de recursos necessários para a prestação dos serviços de saúde. Em posição contrária à emenda, o parlamentar Sr. José Serra (PMDB) afirmou que tal vinculação das receitas com os gastos criava uma rigidez indesejável, e acabava tirando do Congresso a capacidade de definir prioridades ao longo do tempo. O Relator, Bernardo Cabral (PMDB) também fez uma exposição em oposição à aprovação da emenda, explicando que esta ia de encontro com outro artigo do texto constitucional que proibia vinculações de receitas, tais como a proposta pela Sra. Feitosa.

Esta proposta mostra que havia uma preocupação para garantir percentuais mínimos a serem destinados à saúde. Mais uma vez fica nítido que os constituintes avaliavam as políticas anteriores ao SUS e tiravam lições importantes destas experiências. No caso, sem um percentual mínimo definido, a saúde ficava refém da vontade do poder executivo, como ocorria no regime autoritário, fato que dificultava um planejamento de longo prazo para a política de saúde. No entanto, essa continua a ser uma questão de difícil solução até os dias de hoje, haja vista o tempo que o Projeto de Emenda Constitucional nº 29 aguarda no Congresso para definir os percentuais mínimos do orçamento da União a serem destinados ao SUS.

Na votação, a referida emenda foi rejeitada com 271 votos contra, 167 votos a favor e 15 abstenções.

Mais uma emenda a entrar em pauta foi a apresentada pelo parlamentar Sr. Célio de Castro. O conteúdo proposto visava reintroduzir no texto constitucional um parágrafo que permitisse ao Estado deter o monopólio de importação de medicamentos, matérias-primas básicas para a indústria farmacêutica. Contudo, tal emenda recebeu 322 votos contrários, 112 favoráveis e com 7 abstenções, não logrou aprovação no Plenário.

Esta emenda foi uma tentativa de recolocar no texto a possibilidade de monopólio de importação de medicamentos e equipamentos médicos, que havia sido retirada do

texto em votação na Comissão de Sistematização. Os derrotados naquela ocasião não se deram por vencidos e tentaram uma nova disputa no Plenário. Ou seja, este ponto não havia sido resolvido na Sistematização.

Antes do final das deliberações em primeiro turno no Plenário foram apresentadas mais duas emendas para a seção da saúde⁵⁹. Entretanto, conforme Regulamento Interno da ANC, os constituintes ainda tinham mais uma oportunidade para apresentação de emendas durante o 2º turno de votações no Plenário.

Relativo ao tema da saúde, as primeiras emendas⁶⁰ a serem discutidas foram as apresentadas pelos parlamentares Gastone Righi (PTB), Maluly Neto (PFL) e Bocayuva Cunha (PDT). Suas emendas tratavam do art. 205⁶¹ e solicitavam a supressão do termo “saúde do trabalhador” do inciso II. Contudo, tal emenda fracassou na votação, recebendo 243 votos contra, 96 votos a favor, e 6 abstenções.

⁵⁹ O constituinte Roberto Jefferson também apresentou uma proposta de emenda para o texto constitucional. Sua sugestão era modificar o texto no art. 232 para deixá-lo assim: “A saúde é direito de todos e dever do cidadão, da família e do Estado.”. Porém, o Sr. Jefferson não conseguiu os votos necessários para a aprovação de sua emenda. O resultado foi de 262 votos contra, 147 votos a favor e 7 abstenções.

Por fim, a última emenda a entrar na pauta de deliberações, sobre o tema da saúde, no 1º turno de votações no Plenário foi solicitada pelo parlamentar Sr. Oswaldo Trevisan. O constituinte tentou acrescentar um parágrafo ao art. 234, delegando à legislação complementar a responsabilidade de regulamentar o emprego de terapias alternativas ou não convencionais na assistência à saúde. Entretanto, com parecer contrário do Relator, Bernardo Cabral, a aludida emenda foi rejeitada em Plenário com 272 votos a favor, 128 contra e 24 abstenções. Note que a emenda só foi rejeitada porque não alcançou a maioria absoluta exigida pelo Regimento Interno.

⁶⁰ Em outra reunião de emendas, desta vez apenas dez relativas ao art. 204⁶⁰ que visavam corrigir um erro/omissão no texto do referido artigo. A redação proposta pelas emendas era a seguinte: “É vedada à comercialização de órgãos, tecidos, sangue e demais substâncias humanas; a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fim de transplante, pesquisa, e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados.” Entretanto, esta emenda não conseguiu o apoio necessário para sua aprovação, recebendo 243 votos contrários, 181 votos favoráveis, e 10 abstenções. Esta emenda não foi aprovada, mas o assunto não foi encerrado. Logo em seguida foi apresentada nova emenda que tratava exatamente do mesmo artigo e que solicitava a supressão do termo “e seus derivados”. Assim como na votação da emenda anterior, o Relator deu parecer favorável à emenda, mas a insistência de alguns constituintes não surtiu resultado. Na votação esta emenda também foi derrotada, desta vez com 223 votos contra e 187 a favor, com 5 abstenções.

⁶¹ Art. 205. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

Com o intuito de agilizar o andamento dos trabalhos, foram reunidos destaques de cerca de 40 constituintes para votação simultânea. Dentre os assuntos abordados nestes destaques, entrava em pauta de discussão o artigo 203, com a sugestão da inclusão de um parágrafo o qual abordava o financiamento do sistema único de saúde, definindo que este receberia recursos do orçamento da seguridade social, da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes. O Relator mostrou-se favorável à aprovação destas emendas e elas foram aprovadas com 370 votos a favor, 8 contra e 9 abstenções. Note que este assunto volta à tona para inserir o termo “além de outras fontes”. O objetivo era ampliar ao máximo a fonte de recursos para a saúde.

O Regimento Interno da ANC ainda previa que, após as deliberações no Plenário, o texto constitucional ainda deveria passar por uma Comissão de Redação com a finalidade de corrigir possíveis equívocos no texto. Contudo, no que diz respeito ao tema da saúde não houve alterações na redação, e o texto aprovado no 2º turno de votações foi apenas renumerado e publicado na Constituição de 1988.

Na fase do plenário houve pouca modificação no texto referente à saúde, que viera da Comissão de Sistematização. A questão do financiamento entrou em pauta três vezes, todas elas para aumentar a gama de fontes de recursos e em uma delas para tentar fixar percentuais mínimos do Orçamento da União a serem destinados para a pasta da saúde. Esta tentativa fracassou porque a maioria dos parlamentares não quis reduzir a autonomia do Executivo e do Legislativo sobre o orçamento. Isso demonstra que havia uma nítida preocupação dos constituintes em garantir que o Estado fosse realmente capaz de custear um sistema de saúde de abrangência universal.

Outro ponto que foi bastante discutido foi referente à possibilidade do Estado monopolizar a importação de medicamentos e equipamentos médicos. Este ponto havia sido retirado do texto na sistematização, mas voltou para o debate no Plenário, onde foi derrotado novamente. Foi o único ponto da disputa entre o grupo de parlamentares que

queriam ampliar a participação do Estado na regulação e provisão dos serviços de saúde e os constituintes que almejavam maior liberdade para as atividades da iniciativa privada na saúde iniciativa privada que não foi resolvido ainda na Comissão de Sistematização. Repare que até mesmo a questão da possibilidade de intervenção ou estatização de serviços privados fora retirada do texto na CS e não voltou mais aos debates.

Tudo isso indica que a grande negociação sobre a saúde aconteceu ainda na fase da Sistematização, na qual foram feitos os acertos necessários para chegar ao Plenário com um projeto moldado para o SUS e com uma coalizão que pudesse garantir a aprovação de tal projeto. O que de fato ocorreu.

Os principais pontos do texto final aprovado no Plenário, referente ao tema da saúde estão no quadro abaixo⁶².

Quadro 7 – Texto Final aprovado no Plenário

Características do Sistema de Saúde Proposto	Texto Final aprovado no Plenário
Abrangência do Sistema	Universal
Responsabilidade de provisão dos serviços	Dever do Estado direito de todos
Descentralização	Descentralizado
Financiamento	Recursos da Seguridade Social e orçamento dos três níveis da Federação, além de outras fontes
Liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados	Assistência à saúde livre à iniciativa privada
Destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos	Vedada para auxílios ou subvenções
Participação do setor privado de prestação de serviços	Poderá participar de forma complementar na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público ou convênio
Possibilidade do Poder Público em intervir e/ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada	Nada Consta
Participação estrangeira nos serviços	Proibida
Possibilidade de importação de equipamentos médicos	Nada Consta
Propaganda de medicamentos	Nada Consta

⁶² Para fins deste trabalho menciono apenas os artigos da seção de saúde. A reprodução exata do texto referente à saúde está no Anexo deste trabalho.

4.5. Conclusões sobre as deliberações ocorridas na ANC

Os debates na Subcomissão revelam que a transformação do sistema de saúde ligado ao sistema previdenciário para um sistema de atendimento universal era consenso entre os atores políticos. Nenhum parlamentar ou representante de algum segmento da população demonstrou contrariedade quanto a este aspecto.

A descentralização do sistema também foi bem aceita pelos constituintes, apesar de alguns parlamentares acreditarem que estas características deveriam ser decididas em legislação complementar.

No que diz respeito ao financiamento dos serviços, havia um consenso sobre a necessidade de mais recursos para esta área. Entretanto, a forma de garanti-los foi alvo de amplo debate, com um grande número de sugestões dos segmentos da sociedade e do parlamentares. Não há surpresa, portanto, em verificar que a votação de destaque⁶³ mais acirrada na Subcomissão foi justamente a relativa a essa questão (12 votos a 11).

O livre exercício na atividade liberal e privada de saúde também foi consensual, haja vista que sequer houve proposta de destaque na votação do artigo que tratava deste aspecto. Já a participação da iniciativa privada no sistema, apesar de também aceita nas deliberações, gerou maior polêmica. Entretanto, mesmo os que eram contrários a este ponto tiveram que admitir que a ampla atuação da iniciativa privada nos serviços de saúde da época tornava impossível construir um sistema universal apenas com a provisão de serviços do setor público.

Outro ponto polêmico foi a possibilidade de estatização e intervenção do Estado nos serviços privados de saúde. Havia uma nítida clivagem entre os favoráveis a este ponto⁶⁴ e os diretamente ligados à iniciativa privada, que obviamente se mostravam

⁶³ Destaque referente à saúde.

⁶⁴ Sanitaristas (médicos, enfermeiros, etc.) e representantes dos trabalhadores (CUT).

contrários. No entanto, quando da votação do substitutivo do relator, houve apenas uma emenda que tentava suprimir essa parte do texto⁶⁵.

Na Comissão da Ordem Social, o embate permaneceu quase que restrito à permissão ao Estado estatizar ou intervir nos serviços privados. Nesta Comissão, a manutenção do artigo que permitia a estatização ou intervenção se deu por meio de uma votação apertada, a qual só aconteceu porque os contrários a esta idéia conseguiram apenas a maioria relativa, mas não a maioria absoluta.

Na Comissão de Sistematização, a disputa manteve-se entre os parlamentares com propostas de viés favorável às instituições privadas de saúde e os que se mostravam favoráveis ao fortalecimento do papel do Estado, exceção feita às alterações pontuais no texto do Relator.

No entanto, uma das principais questões discutidas e votadas nas etapas anteriores saiu do texto do Relator sem sequer chegar a ser votada. Trata-se do parágrafo terceiro do art. 262 do Primeiro Substitutivo do Relator, o qual oferecia ao Estado o poder de intervir e desapropriar serviços de saúde de natureza privada necessários à execução dos objetivos da política nacional de saúde. Este item constava nos projetos provenientes da Subcomissão de Seguridade, Saúde e Meio-Ambiente, e também fora aprovado na Comissão da Ordem Social. Entretanto, o Relator o retirou do texto no seu Segundo Substitutivo. As Atas da Comissão de Sistematização não oferecem informações sobre esta decisão e as transcrições dos debates também não deixam claro o porquê deste item não ter entrado na pauta das votações do Segundo Substitutivo do Relator. O fato é que não foram votadas emendas relativas a este assunto na Comissão de Sistematização. Desta forma, não é possível afirmar com certeza se houve um consenso entre as

⁶⁵ Proposta do Constituinte Gastone Righi, a qual mudava a redação dos artigos 1, 2, 3e 4. Além, de dar nova redação aos artigos citados, alterava substancialmente o conteúdo do artigo 4 com a intenção de suprimir a possibilidade de intervenção e estatização dos serviços privados. No entanto, esta proposta foi votada de forma global e acabou derrotada por 15 votos contra, 5 a favor e duas abstenções.

lideranças, ou se o Relator simplesmente acatou as emendas apresentadas ao seu Primeiro Substitutivo e retirou do texto este item, mas como não há registros de parlamentares reclamando da não inclusão deste assunto na pauta de votações, pode-se dizer que a hipótese mais plausível é a que indica para um acordo entre as lideranças partidárias e o Relator da Comissão.

Portanto, o consenso em torno do texto relativo a saúde foi feito ainda durante a Comissão de Sistematização, deixando para o Plenário apenas as discussões das questões pontuais. Vale ressaltar que não houve, no Plenário, nova tentativa de reintroduzir a possibilidade de intervenção e estatização dos serviços privados de saúde. Tal fato fortalece a idéia de que houve um acordo, ainda na Comissão de Sistematização, quanto à maior questão envolvida no debate sobre a saúde durante a ANC, que era sobre quem iria prover os serviços do sistema de saúde e qual a capacidade do Estado em regular este sistema.

O quadro abaixo demonstra os pontos que foram consensuais e os que foram alvo de disputa, durante todas as fases da ANC.

Quadro 8 – Pontos de consenso e de disputa sobre o tema da saúde.

Consenso	Disputado
Sistema universal.	Possibilidade de estatização ou intervenção do Estado nos serviços privados de saúde.
Ampliação do montante de recursos a serem destinados para a saúde.	Destinação de recursos públicos para investimentos em instituições privadas com fins lucrativos.
Necessidade da participação da iniciativa privada de forma a complementar os serviços públicos de saúde.	Possibilidade de o Estado requisitar monopolização da importação de equipamentos médicos, medicamentos e matéria prima para a indústria farmacêutica.
Livre exercício da atividade liberal	Propaganda de medicamentos.
	Participação de capital estrangeiro na venda e/ou produção de medicamentos.
	Permissão para eutanásia.
	Inclusão de legislação sobre a saúde ocupacional no texto referente à saúde

Em suma, podemos afirmar que, no tema da saúde, o grande debate esteve voltado para a amplitude da participação do Estado na regulação e provisão de serviços médicos. Excetuando as questões da eutanásia e da saúde ocupacional, todos os demais tópicos debatidos na ANC demonstravam uma nítida clivagem de preferências quanto ao papel do Estado na política de saúde.

Havia uma divisão evidente de preferências entre os constituintes e entre as instituições que participaram ativamente nos debates sobre a política de saúde. Desta forma, é necessário que se identifique exatamente quem eram esses atores políticos e quais eram as suas preferências.

Por um lado havia uma demanda de uma parte de organizações e associações civis para a ampliação das ações de Estado tanto no âmbito de regulação, como também para a provisão dos serviços. No entanto, existia um consenso de que a iniciativa privada detinha, naquele momento, um percentual de participação nos serviços de saúde que não podia ser ignorado, e que impossibilitava o Estado de assumir prontamente a responsabilidade sobre todo o atendimento de saúde no Brasil. Do outro lado, estavam as associações e organizações que representavam os interesses da iniciativa privada que buscavam não só ampliar sua participação na provisão de serviços, bem como aumentar sua liberdade e independência em relação à regulação do Estado.

No quadro abaixo estão listadas as entidades que participaram ou que foram representadas nos debates sobre a saúde durante a ANC.

Quadro 9 – Entidades que participaram dos debates na ANC.

Entidades que almejavam uma maior participação do Estado na política de saúde	Entidades que almejavam a ampliação da participação da iniciativa privada na política de saúde
Central Única dos Trabalhadores – CUT	Federação Brasileira de Hospitais
Associação Brasileira de Enfermagem	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde de Brasília	Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
Coordenação Nacional das Entidades Sindicais e Pré-sindicais de Enfermagem	
Federação Nacional dos Médicos	
Associação Brasileira de Saúde Coletiva ⁶⁶ - Abrasco	
Conselho Federal de Farmácia	
Associação Paulista de Saúde Pública	
Associação Médica do Mato Grosso do Sul	
Associação dos Cirurgiões Dentistas	
Associação dos Sanitaristas	
Escritório Paulista da Federação Brasileira de Nutrição	
Conselho Federal de Medicina	
Fundação Oswaldo Cruz	
Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva	
Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro	
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – Connass	

Assim como na clivagem de preferências entre as organizações os constituintes que participaram ativamente nas deliberações sobre o sistema de saúde também demonstraram uma nítida divisão entre suas preferências, a qual seguia a mesma lógica: Estado Vs. Iniciativa Privada.

⁶⁶ A Abrasco era uma das principais associações que representavam as preferências dos sanitaristas

No quadro abaixo estão listados os constituintes que participaram ativamente e que demonstraram claramente suas preferências, pedindo a palavra e expondo suas opiniões durante os debates sobre a saúde ocorridos na ANC.

Quadro 10 – Constituintes que participaram ativamente nos debates na ANC referentes à saúde⁶⁷.

Constituintes que almejavam uma maior participação do Estado na política de saúde	Constituintes que almejavam a ampliação da participação da iniciativa privada na política de saúde
Eduardo Jorge: Médico sanitaria eleito pelo PT – SP	Mendes Botelho: Engenheiro mecânico eleito pelo PTB – SP
Alcenir Guerra: Médico e presidente da Associação Médica do Paraná, eleito pelo PFI - PR	Oswaldo Almeida: Economista e empresário rural. Eleito pelo PL – RJ
Benedita da Silva: Assistente Social eleita pelo PT – RJ	Mattos Leão: Médico e empresário, eleito pelo PMDB – PR
José Elias Murad: Médico eleito pelo PTB – MG	Gastone Righi: Advogado eleito pelo PTB – SP. Foi um dos fundadores do Centrão.
Edmilson Valentim: Técnico-mecânico eleito pelo PC do B – RJ	Siqueira Campos: Agricultor e industrial, eleito pelo PDS – ES
José Fogaça: Advogado eleito pelo PMDB – RS	Sotero Cunha: Empresário eleito pelo PMDb - RJ
Abigail Feitosa : Médica ligada a movimentos sociais, eleita pelo PMDB - BA	Roberto Jefferson: Advogado eleito pelo PTB - RJ
Gerson Peres ⁶⁸ : Advogado, jornalista e professor, eleito pelo PDS – PA	Inocêncio de Oliveira: Médico e empresário, eleito pelo PFL – PE
Carlos Sant'anna: Médico eleito pelo PMDB - BA	Darcy Pozza: Economista e contabilista, eleito pelo PDS – RS
Almir Gabriel: Médico e ex-secretário de saúde pública de Alacid Nunes – PA, eleito pelo PMDB - PA	
José Genuíno: Professor ligado a movimentos populares, eleito pelo PT - SP	
Aldo Arantes: Ex-presidente da UNE, eleito pelo PMDB – GO	
Célio de Castro: Médico e professor, fora vice-presidente da Federação Nacional dos Médicos. Eleito pelo PMDB – MG	

⁶⁷ Informações sobre profissão e filiação dos constituintes foram retiradas da publicação: (1988) Quem Foi Quem na Constituinte – nas questões de interesse dos trabalhadores. Organização e pesquisa do DIAP – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. Editora Cortez – São Paulo – SP.

⁶⁸ Importante quadro da direita surpreendeu ao expor sua posição contrária à destinação de recursos públicos para entidades da iniciativa privada com fins lucrativos.

Capítulo 5. Mudanças graduais e sua influência na construção do SUS

Tulia G Faletti (2009: 58) argumenta que a evolução do sistema de saúde brasileiro não pode ser explicada por momentos ou eventos específicos. Embora algumas mudanças importantes tenham sido constitucionalizadas na ANC, a autora afirma que este fato apenas evidenciou as modificações que estavam permeadas sob a superfície das políticas nacionais e haviam sido alimentadas nos níveis locais (Faletti 2009, p.58). No momento em que os constituintes discutiam sobre o sistema de saúde brasileiro, os sanitaristas já haviam construído uma rede de contatos e já possuíam conhecimento necessário sobre o assunto, de modo que na ANC eles se encontravam em uma posição privilegiada para exercer influência sobre a constitucionalização de políticas que eles já haviam aperfeiçoado durante os anos do regime autoritário (Faletti, 2009, p.58).

Nas seções anteriores, foi apresentada a reconstituição da política de saúde brasileira, desde suas primeiras iniciativas até a constitucionalização do SUS. Examinamos também, de forma detalhada, os debates na ANC e suas implicações para o desenho final do sistema de saúde brasileiro. Desta forma podemos agora dialogar com a autora, com o intuito de questionar as proposições de sua pesquisa. Para focar apenas nos pontos principais abordados pela autora no referido trabalho, vamos tratar aqui apenas dos aspectos referentes à universalização e à descentralização do sistema de saúde.

Para defender sua opinião de que o sistema já caminhava para a universalização, Faletti afirma que o advento do INPS havia unificado os serviços prestados a todos os trabalhadores (Faletti 2009, p.43). O regime autoritário também havia incorporado os trabalhadores rurais na gama de beneficiários do sistema (Faletti, 2009, p.43), além de ter expandido o atendimento para grande parte da população e ter universalizado o

atendimento emergencial (Falleti, 2009, p.46). No entanto, a autora reconhece que os militares e servidores públicos tinham acesso a um serviço de melhor qualidade do que os trabalhadores em geral (Falleti 2009, p.43). Ademais, havia a necessidade de contribuição compulsória dos trabalhadores para financiar o sistema (Falleti, 2009, p.41).

Entretanto, Falleti parece ignorar a importância da constitucionalização do SUS como direito de cidadania. Antes disso, qualquer decisão da burocracia subordinada ao Poder Executivo poderia alterar as regras de abrangência do sistema, excluindo segmentos da população, ou até acabar com a oferta de serviços. Já com a universalização do sistema garantido pela Constituição de 1988, qualquer alteração na abrangência do acesso aos serviços exige aprovação da matéria, por majorias qualificadas, nas duas casas do Congresso Nacional. Além disso, o SUS acaba com o segmento da população que não tinha acesso a nenhum tipo de serviço de saúde ofertado pelo Estado e ficava à mercê da disponibilidade de atendimento em instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia. Em suas falas, os próprios constituintes exaltavam a importância da constitucionalização do SUS como direito de cidadania universal⁶⁹. Por fim, o SUS dispensa qualquer tipo de contribuição dos beneficiários, garantindo o atendimento sem nenhuma contrapartida, diferente da política de saúde anterior.

No que diz respeito à questão da descentralização, Falleti afirma que o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) havia sido importante para promover a coordenação interministerial e intergovernamental, além de criar a oportunidade para a formação do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Falleti, 2009, PP 50, 51 e 52). Em seguida, com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), o sistema de saúde brasileiro teria dado mais um passo na direção da descentralização da organização e da provisão de serviços. Por fim, a elaboração do Sistema Unificado e

⁶⁹ Ver Atas da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.

Descentralizado de Saúde, teria sido mais uma significativa etapa no aludido processo (Falleti, 2009, p.54).

Durante os debates na ANC, muitos elogios foram feitos às AISs, reiterando sua importância para a ampliação do acesso à saúde nas cidades brasileiras. Contudo, o Dr. Roberto Chabo, presidente da Federação Nacional dos Médicos, afirmava que as AIS já estavam sendo consideradas ultrapassadas e que era necessário pensar nas bases da nova política de saúde, tal como proposta pela reforma sanitária. A própria coordenadora da Comissão da Reforma Sanitária, Cristina Albuquerque Costa, afirmou que não acreditava ser possível uma transição das Ações Integradas de Saúde (AIS) para uma reforma sanitária no Brasil. O projeto das AISs estava se esgotando e era necessária a formulação de uma nova política de saúde⁷⁰. Isso demonstra que, a despeito da contribuição das AISs, não seria tão simples e natural o desenvolvimento deste projeto para um sistema totalmente descentralizado. O que não retira a sua parcela de contribuição para a adoção de um sistema descentralizado no SUS, mas também não garante que essa experiência tenha sido a responsável por essa escolha.

O SUDS, outro ponto do argumento de Falleti, sequer chegou a ser implementado. Tal fato demonstra que este projeto não passava de uma proposta que contemplava as preferências de parte dos atores políticos envolvidos nos debates sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro.

Com isso, acredito ter deixado claro que a ANC teve sim um papel crucial no que diz respeito à transformação de uma política de saúde baseada e subordinada à Previdência Social em um sistema de saúde universal, descentralizado e reconhecido como direito de cidadania pela Constituição de 1988. Isso não quer dizer que as políticas anteriores não tenham influência na formação do SUS. Do ponto de vista do arcabouço

⁷⁰ Ver Atas da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.

teórico utilizado neste trabalho, é muito importante analisar os mecanismos de influência das políticas prévias.

Há, sim, traços de continuidade das políticas anteriores ao SUS no desenho do sistema de saúde constitucionalizado na ANC. Entretanto, não se pode dizer que as políticas anteriores tenham se desenvolvido gradualmente para o SUS e que foram mais importantes do que a própria consolidação do novo sistema de saúde no documento mais importante da legislação brasileira.

Em suma, a partir da constitucionalização do SUS, foram criados procedimentos legais que agem como um forte constrangimento contra a reversão desta política. Algo que não acontecia antes. Este fato não pode ser colocado em segundo plano na análise da reforma do sistema de saúde brasileiro.

Capítulo 6. A Influência das regras regimentais na construção do SUS

Esta seção analisa a tramitação da reforma da saúde na ANC com base na proposição de Ellen Immergut (1996). Segundo Immergut, *inputs* (demandas formuladas por grupos sociais ou heranças de políticas anteriores) e *outputs* (legislação aprovada no processo decisório) podem se articular em dinâmicas diferentes conforme as distintas regras institucionais. Considerando que os atores envolvidos e suas preferências se mantêm constantes em um determinado processo decisório, as alterações das regras deste mesmo processo devem, hipoteticamente, influenciar na legislação aprovada ao fim das deliberações (Gomes, 2006).

Como vimos, houve uma mudança nas regras do Regimento Interno da ANC. Tendo em vista que a composição eleitoral da Constituinte permaneceu inalterada durante os dois Regimentos Internos vigentes, podemos acreditar que as preferências dos atores envolvidos neste processo também se mantiveram estáveis. Além disso, conforme afirma Gomes (2006: 209-211), a aprovação do segundo Regimento Interno fez com que as deliberações começassem praticamente do zero.

Sandra Gomes (2006) analisou o processo decisório da ANC, examinando alguns pontos específicos da Constituição e concluiu que houve mudanças significativas no texto dos projetos de Constituição⁷¹ por efeito da mudança do Regimento Interno. Desta forma, Gomes (2006: 217, 218) argumenta que a maneira como os dois Regimentos Internos estabeleciam a organização dos trabalhos e os limites de mecanismos para a elaboração e modificação do texto constitucional influenciaram o conteúdo de aspectos substantivos da Constituição de 1988

⁷¹ Por exemplo, durante a vigência do Primeiro Regimento Interno, o sistema de governo estabelecido era o Semi Presidencial. Só sob o Segundo Regimento Interno que foi deliberado e estabelecido que o sistema de governo seria o presidencial.

Como destaca Gomes (2006: 217, 218), a descentralização dos trabalhos organizada pelo Primeiro Regimento Interno permitia que uma minoria inserisse matéria legislativa nos projetos da Constituição. Desta forma, o Primeiro Regimento Interno alavancava o potencial decisório de minorias organizadas nas Subcomissões e Comissões, além de criar dificuldades para a reversão, no Plenário, dos textos aprovados nas etapas anteriores de deliberação.

Entretanto, com a modificação do Regimento Interno, houve uma inversão desta situação. A nova regulamentação exigia a formação de maiorias absolutas tanto para modificar o texto aprovado das fases precedentes do processo decisório, como também para a sua manutenção na Constituição durante as votações no Plenário. Sendo assim, independentemente das deliberações nas Subcomissões e Comissões, no Plenário seria necessária uma nova rodada de negociações para a formação de uma coalizão de maioria absoluta que pudesse aprovar os projetos em votação.

Esta seção analisa as etapas de elaboração da legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, atentando para as regras regimentais que estavam em vigência.

Conforme podemos perceber analisando as deliberações ocorridas na ANC⁷², desde a fase das Subcomissões até a redação final o sistema de saúde era proposto: como dever do Estado e direito de todos; com caráter universalista; provendo liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados; estabelecendo a

⁷² Durante a tramitação das propostas de projetos para o sistema de saúde brasileiro houve muita discussão e, segundo Rodriguez Neto (2003), até uma polarização nos embates protagonizada pelos representantes do movimento dos sanitaristas e os representantes dos interesses dos provedores privados de serviços de saúde. Conforme Rodriguez Neto (2003), os constituintes ligados à iniciativa privada defendiam, principalmente, a liberdade de exercício da medicina pela iniciativa privada, a possibilidade de provisão de serviços privados para fins do serviço de saúde públicos e a livre decisão da iniciativa privada para optar pela participação, ou não, na provisão de serviços junto ao sistema público de saúde. No entanto, esse grupo apresentava diferenças em suas reivindicações, embora houvesse consenso contra medidas estatizantes. Já os representantes do movimento dos sanitaristas aparentavam coesão na busca pela aprovação de um sistema de saúde com os seguintes princípios: universalização; equidade; regionalização; hierarquização; participação comunitária; descentralização; dentre outras coisas.

possibilidade do setor privado de prestar serviços e participar na provisão de serviços de saúde; e vedar a participação estrangeira na assistência à saúde no Brasil.

Alguns pontos, porém, sofreram modificações ao longo das tramitações. O financiamento que era previsto, na Subcomissão e Comissão Temática, como proveniente de um fundo específico foi modificado, na Comissão de Sistematização, para um sistema de financiamento baseado em recursos da Seguridade Social e do orçamento. O veto à propaganda de medicamentos, que constava nos projetos desde a Subcomissão, foi retirado do texto na Comissão de Sistematização. E um dos pontos mais importantes, talvez até o mais importante dos debates sobre o sistema de saúde, o qual tratava sobre a possibilidade de o Poder Público desapropriar e/ou intervir nos serviços de saúde de natureza privada foi suprimido do projeto ainda na Comissão de Sistematização.

Constituintes ligados aos interesses da iniciativa privada da área da saúde apresentaram emendas para a supressão do artigo que previa a possibilidade de estatização ou intervenção dos serviços de saúde de natureza privada⁷³. Suas emendas foram acolhidas pelo relator da Comissão de Sistematização e o aludido artigo não apareceu no Substitutivo “Cabral II”. Posteriormente, o referido artigo também não constava no texto do “Projeto A” aprovado na CS.

Ainda durante a Comissão de Sistematização, foram encaminhadas para a apreciação Emendas Populares. Dentre as referentes ao tema da saúde, uma chama a atenção por ter sido apresentada por setores da iniciativa privada da área de saúde⁷⁴. Como destaca Rodriguez Neto (2003: 72), esta proposta indicava para um Sistema Nacional de Saúde com universalidade no atendimento. Ou seja, os provedores privados

⁷³ Emendas Supressivas apresentadas por: Inocêncio de Oliveira (PFL-PE); José Tinoco (PFL-PE); Jonas Pinheiro (PFL-MT); dentre outros.

⁷⁴ Tais como: Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde e Associação Brasileira de Hospitais.

de serviços de saúde não eram contra a mudança do sistema ligado à Previdência Social, para um sistema de saúde nacional e universal no atendimento.

Na fase do Plenário as principais questões da saúde já haviam sido resolvidas. Haja vista que tanto a emenda do Centrão quanto a fusão de emendas de parlamentares de diferentes partidos não eram muito diferentes do projeto aprovado na Comissão de Sistematização. Apenas dois pontos que vieram da Comissão de Sistematização sofreram ajustes no Plenário, o financiamento do sistema e a possibilidade de destinação de recursos do Estado para entidades privadas com fins lucrativos.

No primeiro ponto as alterações propostas foram apenas no sentido de ampliar e definir quais seriam as fontes de financiamento do sistema de saúde.

No segundo ponto, houve uma alteração para que o Estado pudesse investir em instituições privadas desde que houvesse uma previsão de retorno financeiro, como nos investimentos regulares da economia. Apenas as subvenções do Estado para instituições privadas com fins lucrativos foram proibidas. O objetivo era especificar na legislação que o Estado poderia continuar a financiar a expansão dos serviços privados que dessem garantia de retorno financeiro, mas impedir que o Estado voltasse a destinar recursos para a iniciativa privada a fundo perdido, como havia ocorrido durante a ditadura militar.

O único ponto que foi disputado na Sistematização e voltou para o embate no Plenário foi a questão da possibilidade de monopolização da importação de medicamentos e equipamentos médicos da saúde. Esse ponto fora retirado do texto na Comissão de Sistematização, mas os derrotados tentaram inseri-lo novamente no texto durante a fase do Plenário. Contudo, essa tentativa malogrou na votação.

Os principais pontos de disputa da política de saúde na Constituinte, quem seriam os responsáveis pela provisão dos serviços e qual o limite de regulação do Estado sobre as atividades privadas, já tinham sido resolvidos na Comissão de Sistematização. A mudança no regimento não alterou o desenho da política de saúde.

A coalizão formada para aumentar a participação do Estado na regulação e na provisão dos serviços de saúde, além de minoritária, não apresentava consenso quanto à possibilidade de intervenção e/ou estatização e quanto ao monopólio do Estado sobre a importação de medicamentos e equipamentos de saúde. Ou seja, essas duas questões mais radicais só eram defendidas pela minoria da minoria. Sendo assim, mesmo com um regimento que alavancasse o poder das minorias, essas duas questões nunca conseguiriam ser aprovadas.

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde seria gratuita e universal, independentemente do nível de atendimento, A responsabilidade seria do Estado, e o sistema seria descentralizado.

No quadro 11⁷⁵, abaixo, estão demonstrados os principais aspectos que permaneceram inalterados na redação do texto constitucional sobre o sistema de saúde desde a fase da Subcomissão até o texto final da Constituição.

⁷⁵ Nos quadros 11 e 12 - Fonte: Banco de Dados do SICON, Apem, PRODASEN, Senado Federal, Brasília. Entretanto, a tabela não contém o texto na íntegra, apenas as informações que julgo importantes para análise feita neste trabalho.

Quadro 11

Fases da ANC		Características do Sistema	
FASE: A – Anteprojeto do Relator da Subcomissão	Abrangência do Sistema	Responsabilidade de provisão dos serviços	Descentralização
FASE: C – Anteprojeto da Subcomissão	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: F – Substitutivo do Relator da Comissão	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: H – Anteprojeto da Comissão	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: I – Anteprojeto de Constituição	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: L – Projeto de Constituição	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: N – 1º Substitutivo do Relator da Comissão	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: P – 2º Substitutivo do Relator da Comissão	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: Q – Projeto A – Aprovado na Comissão de Sistematização	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: T – Projeto B – Aprovado no 1º turno do Plenário	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: V – Projeto C – Aprovado no 2º turno do Plenário	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado
FASE: X – Projeto D – Redação final do texto constitucional	Universal	Dever do Estado direito de todos	Descentralizado

No quadro 12 abaixo, estão demonstrados os assuntos que foram amplamente debatidos e sofreram alterações na redação do texto constitucional sobre o sistema de saúde desde a fase da Subcomissão até o texto final da Constituição.

Características do Sistema	Fases da ANC											
	FASE: A – Anteprojeto do Relator da Subcomissão	FASE: C – Anteprojeto da Subcomissão	FASE: F – Substitutivo do Relator da Comissão	FASE: H – Anteprojeto da Comissão	FASE: I – Anteprojeto de Constituição	FASE: L – Projeto de Constituição	FASE: N – 1º Substitutivo do Relator da Comissão	FASE: P – 2º Substitutivo do Relator da Comissão	FASE: Q – Projeto A – Aprovado na Comissão de Sistematização	FASE: T – Projeto B – Aprovado no 1º turno do plenário	FASE: V – Projeto C – Aprovado no 2º turno do plenário	FASE: X – Projeto D – Redação final da Constituição
Financiamento	Fundo Nacional de Saúde	Fundo Nacional de Saúde	Nada consta	Fundo Nacional da Seguridade Social e receita dos Estados e Municípios	Fundo Nacional da Seguridade Social e receita dos Estados e Municípios	Fundo Nacional da Seguridade Social e receita dos Estados e Municípios	Recursos do Governo Federal	Recursos da Seguridade Social e receita dos Estados e Municípios	Recursos da Seguridade Social e receita dos Estados e Municípios	Recursos da Seguridade Social e de outras fontes	Recursos da Seguridade Social, receita dos Estados e Municípios e outras fontes	Recursos da Seguridade Social, receita dos Estados e Municípios e outras fontes
Liberdade de exercício profissional e de organização de serviços privados	Nada consta	Liberdade assegurada	Liberdade assegurada	Liberdade assegurada	Liberdade assegurada	Liberdade assegurada	Assistência à saúde livre à iniciativa privada	Assistência à saúde livre à iniciativa privada	Assistência à saúde livre à iniciativa privada	Assistência à saúde livre à iniciativa privada	Assistência à saúde livre à iniciativa privada	Assistência à saúde livre à iniciativa privada
Destinação de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos	Nada consta	Nada consta	Vedada para investimentos	Vedada para investimentos	Vedada para investimentos	Vedada para investimentos	Vedada para investimentos	Vedada para investimentos	Vedada para investimentos	Vedada para auxílios ou subvenções	Vedada para auxílios ou subvenções	Vedada para auxílios ou subvenções
Participação do setor privado de prestação de serviços	Pode colaborar na cobertura assistencial sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Pode colaborar na cobertura assistencial sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Pode participar de forma complementar na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Pode participar de forma complementar na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Pode participar de forma complementar na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Pode participar de forma complementar na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Participará de forma supletiva na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Poderá participar de forma supletiva na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Poderá participar de forma supletiva na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público	Poderá participar de forma supletiva na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público ou convênio	Poderá participar de forma supletiva na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público ou convênio	Poderá participar de forma complementar na assistência sob condições estabelecidas em contrato de Direito Público ou convênio
Possibilidade do Poder Público em intervir e/ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta
Participação estrangeira nos serviços	Nada Consta	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida
Possibilidade de importação de equipamentos médicos	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Poder Público poderá deter monopólio	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta
Propaganda de medicamentos	Vedada	Vedada	Vedada	Vedada	Vedada	Vedada	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta	Nada Consta

Quadro 12

Portanto, se a aprovação da mudança no Regimento Interno foi posterior à aprovação do texto constitucional que deu origem ao projeto final da Comissão de Sistematização, as principais alterações aplicadas no texto referente ao tema saúde ocorreram antes da mudança nas regras institucionais.

Importante ressaltar que independentemente da versão do Regimento Interno que estava em vigor, a composição eleitoral permaneceu estável, não sofreu modificações. Quanto às preferências dos atores, não há nada indicando uma mudança de preferências daqueles que, por ventura, defendiam os interesses da iniciativa privada e almejavam ampliar a participação dos provedores privados no sistema de saúde, limitando a capacidade regulatória do Estado, bem como daqueles que defendiam as propostas de ampliação do papel do Estado na regulação e provisão de serviços de saúde.

Entretanto, aceitando o pressuposto de que as regras afetam as preferências e/ou nas estratégias dos atores, podemos dizer que tal influência pode ter ocorrido durante o Primeiro Regimento Interno em vigor e produziu uma estabilidade, porque nem mesmo a alteração das regras regimentais provocou alterações significativas no resultado da proposta para o sistema de saúde brasileiro.

Desta forma, não podemos afirmar que houve uma influência significativa do novo Regimento Interno no conteúdo constitucional sobre o sistema brasileiro de saúde. As deliberações na Comissão de Sistematização praticamente definiram o desenho da política de saúde do Brasil. Mesmo que o Primeiro Regimento Interno possa ter alavancado o poder de decisão de uma minoria durante as Subcomissões, Comissões Temáticas e até na Comissão de Sistematização, a mudança no Regimento Interno exigia a formação de uma maioria absoluta para a manutenção do texto aprovado. Ou seja, a coalizão formada na CS para a sustentação do projeto para o sistema de saúde brasileiro

não só se manteve estável, como conseguiu o apoio necessário para a aprovação do texto no Plenário.

Importante ressaltar que não estou afirmando que o resultado das deliberações se deva apenas às preferências dos atores envolvidos. É fato que as regras regimentais influenciaram no conteúdo de alguns temas da Constituição de 1988, haja vista o esforço realizado no intuito de modificar o as regras vigentes. Porém, no caso da saúde, a modificação do Regimento Interno não alterou significativamente o *status quo* estabelecido nas fases anteriores do processo decisório.

Capítulo 7. As políticas anteriores e a antecipação das preferências dos eleitores: uma análise bidimensional

Conforme vimos anteriormente, não podemos creditar o atual desenho do SUS apenas às mudanças incrementais implementadas ao longo do regime autoritário. Demonstramos nas seções anteriores que a ANC teve papel fundamental na construção do sistema de saúde brasileiro.

Tampouco podemos afirmar que o conteúdo do texto constitucional – a respeito do tema da saúde – se deve à mudança nas regras do Regimento Interno da ANC. O fato é que as questões principais já estavam no texto votado e aprovado na CS, antes mesmo da mudança das regras regimentais. Vimos também que a principal disputa, entre os constituintes com viés estatizante e os favoráveis à ampla liberdade de atuação da iniciativa privada, foi resolvida ainda na Comissão de Sistematização. Sendo assim, qual a explicação para a transformação do modelo de serviço de saúde estruturado e diretamente vinculado ao sistema previdenciário em uma política de saúde estabelecida como direito de cidadania a ser garantido, pelo Estado, de forma universal e gratuita?

Para elucidar esta questão é necessário prestar atenção a dois pontos. Primeiro, conforme vimos na seção sobre as deliberações durante a ANC, por vezes os constituintes e os representantes de entidades relacionadas aos serviços de saúde mencionaram as políticas que estavam em vigência para justificar seus argumentos sobre as propostas para o novo sistema de saúde brasileiro. Tal fato demonstra que as políticas previamente estabelecidas foram seriamente avaliadas e consideradas na formação das preferências dos atores envolvidos na Constituinte.

Segundo ponto, a Constituinte ocorreu em um contexto de redemocratização do Brasil. Portanto, era de se esperar que os parlamentares ali envolvidos tivessem uma preocupação com o seu sucesso político nas eleições que estavam por vir. Um fato que

comprova essa preocupação dos constituintes para com sua imagem perante os eleitores foi a iniciativa do PT e de alguns sindicatos em espalhar cartazes com os nomes dos políticos que estavam aderindo às políticas entendidas como impopulares, visando ameaçar a relação entre estes parlamentares e suas bases eleitorais. Essa pressão surtiu efeito significativo a ponto de alguns destes parlamentares recorrerem à justiça contra os autores das denúncias (Rodriguez Neto, 2003, p.77). Além disso, a própria iniciativa do DIAP⁷⁶ em organizar um livro relatando como votava cada constituinte nas questões relativas aos trabalhadores também demonstra que havia um esforço para retratar a atuação de cada constituinte de modo que eles pudessem ser recompensados ou punidos nas próximas eleições. Isso nos leva a crer que os atores políticos envolvidos nas deliberações da ANC também levavam em consideração as preferências dos eleitores na hora de definir suas escolhas dentre as propostas ali apresentadas.

Considerando os dois pontos acima expostos, podemos afirmar que uma análise bidimensional, que utilize tanto a influência das políticas anteriores como a antecipação das possíveis preferências dos eleitores, tem capacidade explicativa adequada ao caso em estudo neste trabalho.

A seguir apresento a aplicação destas duas dimensões utilizadas no exame do processo de deliberação da ANC.

7.1. As políticas anteriores

Esta dimensão da abordagem leva em consideração que a trajetória e os resultados das políticas públicas geram conseqüências no jogo político, ou seja, a *policy* influencia a *politics* (Pierson, 2006).

⁷⁶ Departameto Intersindical de Apoio ao Parlamentar.

Um dos resultados da análise de uma política é a estruturação ou consolidação das preferências dos atores políticos envolvidos no processo de deliberação. O mecanismo de *policy feedback* (Pierson, 2006) trata da formação das preferências dos atores políticos, derivada de análises das políticas públicas previamente estabelecidas.

Outro conceito importante utilizado nesta abordagem é o de *path dependence* (Pierson, 2004). Este mecanismo explicativo refere-se aos custos da alteração da trajetória de uma política anteriormente implementada. Ou seja, quando os custos de alteração do modelo/trajetória de uma política são muito altos, a tendência é que os atores políticos considerem inviável alterá-la e acabem optando pela sua manutenção ou por mudanças incrementais.

Se voltarmos ao período anterior à ANC, poderemos observar que a opção pela proibição de destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenção às instituições privadas com fins lucrativos, pode ser explicada por um mecanismo de *policy feedback*. Durante a etapa de massificação e ampliação dos serviços de saúde, promovida pelo regime autoritário, foram empenhados recursos públicos a fundo perdido na construção e ampliação de hospitais privados. O ator político, ao observar esta política anterior, pode facilmente constatar que o retorno deste “investimento” foi negativo, optando, então, pela proibição da repetição desta política. Note que neste caso o termo investimento foi alterado – já no plenário – para auxílios e subvenções, ou seja, recursos públicos poderiam ser destinados às instituições privadas com fins lucrativos desde que houvesse uma previsão de retorno.

O *policy feedback* também explica as constantes iniciativas dos constituintes para aumentar as fontes de receita para o sistema de saúde. Além de provocar a proibição da destinação de investimentos a fundo perdido para instituições privadas com fins lucrativos, a avaliação de que os recursos provenientes da previdência social eram

insuficientes para custear os serviços de saúde fez os parlamentares ampliarem e diversificarem ao máximo as fontes de receita para o SUS.

Segundo manifestação da constituinte Abigail Feitosa (PMDB) durante a ANC, as instituições privadas não deveriam receber investimentos públicos porque nos vinte anos anteriores à ANC os empresários do ramo da saúde haviam sido beneficiados com o recebimento de financiamento público ao passo que, neste mesmo período, os recursos destinados para a provisão e manutenção de serviços públicos eram insuficientes. O constituinte Bernardo Cabral⁷⁷ (PMDB) também defendeu a proibição dos investimentos públicos para entidades com fins lucrativos argumentando que os escassos recursos alocados nesta área deveriam ser destinados à expansão da rede pública.

Quanto às medidas de descentralização no serviço de saúde, o PIASS e as Ações Integradas de Saúde⁷⁸ (AIS) foram elementos descentralizadores que já promoviam uma maior articulação com serviços públicos municipais e fortalecimento da rede básica ambulatorial. Além disso, eram políticas que iam ao encontro dos interesses apresentados pelo movimento dos sanitaristas, o qual valorizava a contribuição de tais políticas no sentido da descentralização, e lutavam por ela tanto dentro da burocracia do Estado, como na Constituinte. Sendo assim, é plausível afirmar que essa escolha pode ser explicada pelo mecanismo de *policy feedback*. Vale ressaltar que a descentralização não era um problema para provedores privados, haja vista que eles não se manifestaram contrariamente a este aspecto da política durante a ANC.

A adoção de um modelo de serviço universal pode ser explicada pelo próprio desenho da política. Com a possibilidade do setor de provedores privados atuarem de forma complementar ao sistema de saúde, a opção pela universalização poderia se traduzir em um aumento na demanda por serviços de saúde privados nos atendimentos

⁷⁷ Relator da Comissão de Sistematização

⁷⁸ Em 1984 todos os Estados Brasileiros já haviam adotado as Ações Integradas de Saúde.

complementares ao sistema público. Este seria um caso de *policy* influenciando a *politics*. Tendo em vista que o sistema público não seria capaz de atender imediatamente a toda demanda, os representantes dos interesses dos provedores privados poderiam aceitar e até pleitear por uma decisão no sentido da universalização, o que de fato aconteceu. Durante os debates na ANC, o representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial, Sr. Alexandre Lourenço, afirmou ser favorável à universalização do atendimento com a possibilidade do cidadão escolher livremente entre os serviços públicos e os privados.

Por outro lado, os representantes do movimento dos sanitaristas adotavam a universalização como um objetivo claro desde antes da Constituinte. Além disso, como a maioria dos constituintes e das instituições que participaram do debate admitia, na época da ANC a participação dos provedores privados no total de serviços de saúde prestados era bastante grande. Desta forma, até os atores políticos que desejavam um sistema totalmente público de abrangência universal tiveram que aceitar a participação da iniciativa privada como forma complementar à provisão de serviços oferecida pelo SUS.

Em se tratando daquela que pode ser considerada a questão mais delicada relacionada ao tema da saúde, tratada na Constituinte, a possibilidade de intervenção e desapropriação gerou muita polêmica⁷⁹. O modelo de política de saúde ampliado e massificado pelos militares havia fortalecido a iniciativa privada do setor de saúde, que organizada em associações nacionais, se configurava na ANC como um ator político importante capaz de vetar uma política inconveniente. O caráter universal da política de saúde somado à possibilidade de intervenção e desapropriação de serviços de natureza privada gerava temor nos agentes privados. Portanto, a hipótese de que a política anterior que fortaleceu um setor de modo que este pôde se organizar para se transformar em um

⁷⁹ Foram mais de vinte emendas, na etapa da Comissão de Sistematização, solicitando a supressão do artigo que previa tal possibilidade.

ator político relevante, a ponto de influenciar no desenho da política de saúde, deve ser considerada. Conforme a fala do representante da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, para a estatização dos serviços privados seria necessário um enorme montante de recursos. Tendo em vista que os recursos disponíveis na época mal davam conta da manutenção dos equipamentos estatais, tal operação se tornava financeiramente inviável. Ou seja, os custos da manutenção de parte da provisão dos serviços sob controle da iniciativa privada seriam menores do que a estatização de tais serviços e equipamentos. Portanto, a escolha pela participação da iniciativa privada na provisão de serviços pode ser explicada pelo mecanismo de *path dependence*.

Ademais, o presidente da Federação Brasileira de Hospitais, Sr. Sílvio Andrade, e o representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Empresarial, Sr. Alexandre Lourenço, defenderam a participação dos provedores privados no Sistema Único e Saúde com o argumento de que era significativa a participação deste segmento de atuação na provisão do total de serviços de saúde e que já havia sido criada uma demanda para o serviço privado porque este era mais bem avaliado pela população.

Estes fatos comprovam que a ampla participação da iniciativa privada na oferta de serviços da época os colocou em posição vantajosa nas discussões sobre o SUS na ANC.

As opiniões expostas pelos atores políticos envolvidos também demonstram que eles possuíam uma avaliação própria das políticas de saúde em vigência na época e utilizavam esta avaliação para dar base aos seus argumentos na defesa da participação da iniciativa privada no SUS.

7.2. A antecipação das preferências dos eleitores

A segunda dimensão desta análise utiliza o cálculo eleitoral como fator principal para o entendimento das escolhas dos atores políticos. Considerando que um dos principais objetivos dos políticos é a sua própria reeleição, independente do cargo a que vão concorrer, os parlamentares racionais não desejam que suas escolhas nas deliberações coloquem em risco um futuro mandato. Para evitar este risco, os parlamentares e os líderes de coalizões procuram antever as possíveis preferências dos eleitores Arnold (1992).

As preferências dos eleitores são previstas pelos congressistas por meio de dois aspectos específicos das políticas públicas. Primeiro os parlamentares avaliam quais são os custos e os benefícios de cada proposta, e quem seria afetado por cada modelo de política pública. O segundo aspecto está diretamente ligado à corrente causal que liga as políticas públicas ao efeito que ela produz. As avaliações que os eleitores fazem tanto de um projeto de política, como de seus resultados observados variam de acordo com a direção da atenção do eleitor (Arnold, 1992). Ou seja, o eleitor que estiver mais preocupado com os fatos que motivaram a elaboração de uma política do que com os resultados obtidos por esta mesma política terá uma avaliação diferente da análise de outro eleitor que estiver dando maior ênfase aos resultados desta mesma política.

Vale frisar que este raciocínio só pode ser aplicado em um contexto no qual os eleitores sejam capazes tanto de identificar, como de recompensar ou punir os políticos responsáveis pela aprovação das políticas públicas.

O período de redemocratização do Brasil se encaixava perfeitamente neste contexto. A iniciativa de produzir cartazes divulgando para a população quais eram os parlamentares que votavam a favor de políticas impopulares, e a elaboração do livro do DIAP demonstram que os eleitores tinham a possibilidade considerar o desempenho dos

políticos na Constituinte quando fossem definir seus votos nas eleições seguintes. Sendo assim, era de se esperar que os constituintes se preocupassem com as preferências dos eleitores antes de definir seus votos na ANC.

A análise segundo estes preceitos teóricos é que na Subcomissão e Comissão Temática a discussão foi encaminhada para a antecipação das possíveis preferências segundo os custos e benefícios gerais da política, em detrimento das possíveis implicações para grupos de interesses específicos como os provedores privados. Desta forma, a proposta de universalizar o sistema gerava crédito político para os parlamentares, o que teoricamente os fortaleceria nas eleições seguintes.

Nestas primeiras fases do processo decisório⁸⁰, o projeto continha um artigo que permitia a estatização dos serviços de saúde, o qual afetava negativamente apenas o grupo de interesse dos provedores privados. Contudo, os benefícios gerais de proporcionar o direito ao serviço de saúde de forma universal pesavam mais na discussão sobre antecipação das possíveis preferências⁸¹.

Já na fase da Comissão de Sistematização, a única mudança substantiva no projeto foi exatamente a retirada do artigo que possibilitava a intervenção e estatização dos serviços privados de saúde. A importância da manutenção deste artigo era de difícil percepção para a população em geral, mas impunha um sério risco para a iniciativa privada da área de saúde. Neste contexto estava aberta a possibilidade para um líder de coalizão usar a estratégia de propor aos demais parlamentares que retirassem o aludido artigo para evitar os notáveis custos aos provedores privados, porém, sem gerar custos perceptíveis aos cidadãos. Portanto, a antecipação de possíveis preferências se voltaria para os interesses do grupo da iniciativa privada, em detrimento das possíveis

⁸⁰ Subcomissão Temática e Comissão Temática

⁸¹ Ainda assim, vale lembrar que a questão da estatização só não foi derrotada na Comissão da Ordem Social porque os votos contrários a este aspecto formavam apenas uma maioria, quando era necessário uma maioria absoluta para vencer a votação.

preferências da população em geral. Assim, qualquer líder de coalizão interessado no assunto pode ter criado as condições para que o interesse do grupo que representava a iniciativa privada derrotasse uma coalizão minoritária que era declaradamente a favor da possibilidade de intervenção estatal nos serviços de saúde. Ou seja, a questão da possibilidade de intervenção e/ou estatização não possuía saliência suficiente para despertar a atenção dos eleitores, por consequência, não constrangia os legisladores a antecipar as possíveis preferências dos cidadãos quanto a este ponto específico do projeto. Este fato pode ter sido o responsável para estabilizar as discussões, criar e fortalecer a coalizão que sustentava o projeto de um serviço de saúde universal, porém com liberdade de participação da iniciativa privada. Aqui não podemos afirmar com certeza quem e como foi proposta a retirada do aludido artigo porque ela ocorreu entre o primeiro e segundo substitutivo do relator da Comissão de Sistematização. Como esta decisão não chegou a ser votada, tudo indica que ela foi tomada durante as reuniões entre as lideranças do congresso, sem gerar registros oficiais sobre tal deliberação.

Entretanto, conforme declarações dos constituintes Mendes Botelho (PTB), Oswaldo Almeida (PL) e Mattos Leão (PMDB), a população em geral acreditava que os serviços privados de saúde eram de melhor qualidade do que os serviços públicos. Sendo assim, os constituintes perceberam que a participação da iniciativa privada na provisão dos serviços de saúde não seria encarada pelos eleitores como uma medida impopular. Na verdade, tal fato sustentava o argumento da necessidade da participação dos provedores privados no SUS. Por isso não é surpresa que os constituintes tenham antecipado as preferências dos eleitores quanto a este aspecto da política de saúde e tenham optado tanto pela retirada do artigo que possibilitava a estatização dos serviços e equipamentos privados, durante a Comissão de Sistematização, quanto pela manutenção da possibilidade da participação da iniciativa privada a provisão de serviços, no texto de todas as fases da ANC.

Em suma, ao antecipar as preferências dos eleitores, os constituintes perceberam que os cidadãos tinham suas atenções voltadas apenas para os aspectos da política diretamente ligados a abrangência e a provisão dos serviços. Desta forma, os parlamentares concluíram que questões como a descentralização, fontes de financiamentos, destinação de recursos públicos para entidade privadas com fins lucrativos, dentre outras, não seriam relevantes para os eleitores nos pleitos seguintes. Portanto, era desnecessário a antecipar as preferências dos cidadãos quanto a estas questões na ANC.

Conclusões

O principal objetivo deste trabalho foi mostrar que as escolhas dos constituintes, no que concerne à área da saúde, foram influenciadas tanto pelas políticas anteriores como pela antecipação das preferências dos eleitores.

O histórico da política de saúde no Brasil revelou que a divisão entre a saúde pública e os serviços médicos previdenciários foi responsável pela existência de uma clivagem entre o público e o privado. O Estado operou como provedor e regulador da política de saúde durante a incorporação dos beneficiários aos serviços de saúde no interior do sistema previdenciário brasileiro. Ao mesmo tempo, a contratação de provedores privados pelos IAPs -- e, posteriormente pelo INAMPS -- abriu as portas para a entrada da iniciativa privada na política de saúde.

Durante as décadas de 50 e 60, a ampliação da oferta de serviços por meio da contratação de profissionais da área privada ganhou força. A mesma estratégia foi utilizada na grande incorporação de beneficiários promovida pela ditadura militar, já no decorrer da década de 70. Esta lógica criou o ensejo para o crescimento, fortalecimento e organização da iniciativa privada como um ator importante na organização e prestação de serviços de saúde.

Neste mesmo período, os sanitaristas, cujas preferências apontavam para uma atuação mais incisiva do Estado, também se organizaram com o intuito de influenciar as políticas públicas de saúde. Entretanto, é importante frisar que, apesar da idéia consensual sobre a ampliação do papel do Estado na regulação e provisão de serviços, havia uma divergência quanto ao limite e capacidade de atuação do Estado nesta área específica.

No processo de deliberação sobre o tema da saúde, ocorrido na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88, identificamos os principais atores políticos envolvidos, bem como suas preferências quanto ao sistema de saúde em construção.

Os debates na ANC revelaram que a transformação do sistema de saúde ligado ao sistema previdenciário para um sistema de atendimento universal e descentralizado era consenso entre os atores políticos. No tocante ao financiamento dos serviços, estes mesmos atores concordavam sobre a necessidade de mais recursos para esta área. Entretanto, a forma de garanti-los foi alvo de amplo debate, com um grande número de sugestões dos segmentos da sociedade e de parlamentares.

O livre exercício na atividade liberal e privada de saúde também era consensual. Já a participação da iniciativa privada no sistema, apesar de também aceita nas deliberações, foi altamente controversa. Contudo, mesmo os que eram contrários à participação privada na provisão de serviços tiveram que admitir que a ampla atuação da iniciativa privada nos serviços de saúde à época tornava impossível construir um sistema universal apenas com a provisão de serviços do setor público.

Outro ponto polêmico foi a questão do papel Estado nos serviços privados de saúde. Havia uma nítida divisão entre os favoráveis à estatização e intervenção estatais e os diretamente ligados à iniciativa privada, que obviamente se mostravam contrários. O artigo constitucional referente a este ponto saiu do texto do Relator da Comissão de Sistematização sem sequer chegar a ser votado. As atas da referida comissão não oferecem informações sobre esta decisão e as transcrições dos debates também não deixam claro o porquê deste item não ter entrado na pauta das votações do Segundo Substitutivo do Relator. O fato é que não foram votadas emendas relativas a este assunto na Comissão de Sistematização. Como não há registros de parlamentares reclamando da não inclusão deste assunto na pauta de votações, e também não houve tentativas de

recolocar este artigo no texto durante o Plenário, pode-se dizer que houve um acordo entre os parlamentares para a exclusão deste ponto do texto constitucional.

Apesar da tentativa de reintroduzir no texto a possibilidade de monopolização do Estado sobre a importação de medicamentos e equipamentos médicos⁸², durante a fase do Plenário, podemos afirmar que o consenso em torno do texto relativo à saúde foi feito ainda durante a Comissão de Sistematização, deixando para o Plenário apenas as discussões das questões pontuais.

Resumindo, o grande debate sobre o sistema de saúde na ANC esteve voltado para a amplitude da participação do Estado na regulação e provisão de serviços médicos. Excetuando as questões da eutanásia e da saúde ocupacional, todos os demais tópicos debatidos na ANC demonstravam uma divisão de preferências quanto ao papel do Estado na política de saúde. Havia uma nítida clivagem de preferências entre os atores políticos envolvidos no processo. De um lado, estavam os interessados em aumentar o papel do Estado na regulação e provisão de serviços médicos e, do outro, estavam os que buscavam ampliar e liberalizar a participação da iniciativa privada na política de saúde brasileira.

As deliberações na ANC não podem ser consideradas de influência secundária na construção da atual política de saúde. É notório que existem traços de continuidade das políticas anteriores ao SUS no desenho do sistema de saúde constitucionalizado na ANC. Porém, não se pode afirmar que o SUS seja apenas resultado do desenvolvimento gradual das políticas anteriores. As políticas prévias não foram mais importantes do que a própria consolidação do novo sistema de saúde no documento mais importante da legislação brasileira do período recente. Em suma, a constitucionalização do SUS criou procedimentos legais que atuam como um forte constrangimento contra a reversão desta

⁸² Artigo que havia sido derrotado na Sistematização.

política. Algo que não acontecia antes. Por isso, a constitucionalização do SUS não pode ser colocada em segundo plano na análise da reforma do sistema de saúde brasileiro.

Tampouco podemos afirmar que as regras do processo decisório tiveram influência decisiva no projeto final do SUS. Os principais pontos de disputa da política de saúde na Constituinte - quem seriam os responsáveis pela provisão dos serviços e qual o limite de regulação do Estado sobre as atividades privadas - já tinham sido resolvidos na Comissão de Sistematização. A mudança no regimento não alterou o desenho da política de saúde.

Mesmo que o Primeiro Regimento Interno possa ter alavancado o poder de decisão de uma minoria durante as Subcomissões, Comissões Temáticas e até na Comissão de Sistematização, a mudança no Regimento Interno exigia a formação de uma maioria absoluta para a manutenção do texto aprovado.

Além disso, a coalizão formada para aumentar a participação do Estado na regulação e na provisão dos serviços de saúde, além de minoritária, não apresentava consenso quanto à possibilidade de intervenção ou estatização dos serviços privados de saúde nem quanto ao monopólio do Estado sobre a importação de medicamentos e equipamentos de saúde. Estas duas questões mais radicais só eram defendidas pela minoria da minoria. Desta forma, mesmo com um regimento que alavancasse o poder das minorias, tais questões não seriam aprovadas.

Não estou afirmando que o resultado das deliberações seja apenas fruto das preferências dos atores envolvidos. As regras regimentais influenciaram o conteúdo de alguns temas da Constituição de 1988, haja vista o esforço realizado para modificar o Regimento Interno. Entretanto, no caso da saúde, a modificação das regras vigentes não alterou o *status quo* estabelecido nas fases anteriores do processo decisório.

Nas deliberações sobre o sistema de saúde, os constituintes levaram em consideração duas dimensões de análise diferentes. Por um lado, examinaram as

políticas anteriores e suas implicações institucionais. Por outro, tentaram antecipar as preferências dos eleitores quanto às políticas propostas. Desta maneira, os constituintes puderam fazer seus cálculos, definiram suas preferências e votaram de acordo com elas.

As opiniões expostas pelos atores políticos envolvidos demonstram que eles possuíam uma avaliação própria das políticas de saúde em vigência na época e utilizavam esta avaliação para dar base aos seus argumentos sobre suas preferências quanto ao modelo ideal do sistema de saúde.

A opção pela descentralização, pela ampliação e diversificação das fontes de recursos e pela proibição de destinação de auxílios e subvenções do Estado para entidades privadas com fins lucrativos são explicadas por um mecanismo de *policy feedback*. Ou seja, ao analisarem as políticas anteriores ao SUS, a maioria dos constituintes concluiu que as características acima descritas eram as melhores opções para o sistema de saúde brasileiro.

O mecanismo de *path dependence*, por sua vez, explica tanto a opção pela não constitucionalização da possibilidade de estatização e/ou intervenção do Estado nos serviços privados de saúde como também explica a permissão para a iniciativa privada atuar no SUS. O fato é que na década de 80 a participação dos provedores privados nos serviços de saúde já era tão significativa que tornava inviável a alteração radical da estrutura de provisão dos serviços para adoção de um sistema de saúde totalmente estatal.

O contexto de redemocratização do Brasil fez com que os políticos não só avaliassem as políticas anteriores, como também considerassem as preferências dos eleitores quanto ao futuro sistema de saúde brasileiro.

A divulgação de quais eram os constituintes que votavam a favor de políticas impopulares e a elaboração do livro do DIAP relatando como cada um votava nas questões relativas aos trabalhadores são dois exemplos de instrumentos que permitiam a

avaliação do desempenho dos parlamentares na ANC, antes dos cidadãos decidirem em quem votar nas eleições seguintes. Portanto, era de se esperar que os constituintes se preocupassem com as opiniões dos eleitores antes de definirem suas próprias escolhas.

Os parlamentares perceberam que os cidadãos tinham suas atenções voltadas apenas para os aspectos da política diretamente ligados à abrangência e à provisão dos serviços. Desta forma, os constituintes concluíram que questões como a descentralização, fontes de financiamentos, destinação de recursos públicos para entidade privadas com fins lucrativos, dentre outras, não seriam relevantes para os eleitores. Este mecanismo de antecipação das preferências dos cidadãos os levou a escolher este desenho.

Conforme os parlamentares envolvidos na questão, a população em geral acreditava que os serviços privados de saúde eram de melhor qualidade do que os serviços públicos. Tal fato sustentava o argumento da necessidade da participação dos provedores privados no SUS.

Os constituintes anteciparam as preferências dos eleitores e perceberam que a participação da iniciativa privada na provisão dos serviços de saúde não era uma medida impopular. Muito pelo contrário. Por isso, a maioria dos constituintes optou tanto pela retirada do artigo que possibilitava a estatização dos serviços e equipamentos privados, quanto pela manutenção da possibilidade da participação da iniciativa privada na provisão dos serviços de saúde.

Em suma, esta dissertação pretendeu mostrar que a Constituinte foi fundamental para a construção do SUS e que o desenho do atual sistema de saúde foi muito mais influenciado pela avaliação das políticas anteriores e pela antecipação das preferências dos eleitores do que pelas regras do processo decisório na Constituinte.

Referências Bibliográficas

AMES, B. (1995) *Electoral Rules, Constituency Pressures, and Pork Barrel: Bases of Voting in the Brazilian Congress*. The Journal of Politics, Vol. 57, No. 2 (May, 1995), pp. 324-343

ARNOLD, D. (1992) *The Logic of Congressional Action*. Yale University Press. New Haven & London.

ARRETCHE, Marta. (1995), "Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas", *BIB. Boletim Informativo Bibliográfico de Ciências Sociais*, nº. 39

ARRETCHE, Marta. (2005), "A política da política de saúde no Brasil." in LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; e SUAREZ, J. M. (organizadores). (2005) *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BAHIA, Ligia. (2005), "O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro." in

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; e SUAREZ, J. M. (organizadores). (2005) *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BRASIL. (1987), *Atas das Comissões da Assembléia Nacional Constituinte*. Brasília, Centro de Documentação e Informação e Coordenação de Publicação.

BRASIL. (1987), *Regimento Interno da Assembléia Nacional Constituinte*. Brasília, Centro de Documentação e Informação e Coordenação de Publicação.

DIAP. (1988). Quem foi quem na Constituinte, nas questões de interesse dos trabalhadores. São Paulo – SP. Editora Oboré

DRAIBE, Sônia.(1994), “As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84.” in SOARES, G. e D’ARAÚJO, Maria Celina. (1994) *21 anos de regime militar. Balanços e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

ESCOREL, Sarah. e BLOCH, Renata. (2005) “As conferências nacionais de saúde na construção do SUS.” in LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; e SUAREZ, J. M. (organizadores). (2005) *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. e EDLER, F. C. (2005) “As origens da reforma sanitária e do SUS.” In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; e SUAREZ, J. M. (organizadores). (2005) *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

FALLETI, Tulia. (2009). “Infiltrating the State: The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964 -1988” in *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge, Cambridge University Press.

GOMES, Sandra. (2006) “O impacto das regras de organização do processo legislativo no comportamento dos parlamentares: um estudo de caso da Assembléia Nacional Constituinte (1987-1988)”. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 49, nº. 1: 193-224..

HACKER, J. S. (2001) “Learning from defeat? Political Analysis and the Failure of Health Care Reform in the United States.” *British Journal Of Political Science*, Nº1, Vol 31: 61-94.Cambrige University Press.

HACKER, Jacob e PIERSON, Paul. (2002) “Business Power and social policy: employers and the formation of the American Welfare State”. *Polics & Society*, No. 2,Vol. 30: 277-325.

IMMERGUTT, Ellen M. (1996) “As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia”, in: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Nº 30 : 139-165.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. (2009). Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power. Cambridge, Cambridge University Press

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves (2007). *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

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

PETERS, Guy B. (2003) *El nuevo institucionalismo. La teoría institucional en ciencia política*. Barcelona: Gedisa.

PIERSON, P. (2001). "Coping with permanent austerity: Welfare State restructuring in affluent democracies", in PIERSON, P (ed.) *The new politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

PIERSON, P. (2004), *Politics In Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton, Princeton University Press.

PIERSON, P. (2006), "Public Policies as Institutions", in Shapiro, I.; Skowronek, S.; e Galvin, D. (orgs), *Rethinking Political Institutions*, New York, New York University Press.

RODRIGUEZ NETO, E. (2003) *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SANTOS, W.G. (1979). *Cidadania e Justiça*, Rio de Janeiro: Campus

SKOCPOL, Theda. (1995). *Protecting Soldiers and Mothers. The Political Origins of Social Policy in the United States*. Harvard University Press.

TSEBELIS, G. (1997) *Processo Decisório em Sistemas Políticos: Veto players no presidencialismo, multicameralismo e pluripartidarismo*.

WEYLAND, K. (1996). Democracy without equity: Failures of Reform in Brazil. Pittsburgh, University Of Pittsburgh Press.