

## **Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990**

Bárbara Virgínia Groff da Silva\*

**RESUMO:** : Este artigo pretende contextualizar o processo de elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde ocorrido entre as décadas de 1980 e 1990 no Brasil. As políticas de saúde anteriores ao SUS foram abordadas, com destaque para o período de transição entre o Estado ditatorial para o Estado democrático. Foram apresentados também os programas governamentais formulados para promoverem uma descentralização das ações de saúde ou a unificação dos sistemas previdenciário e público, tornando-se precursores das diretrizes defendidas para o SUS. A implantação do novo sistema enfrentou desafios logo após a sua institucionalização através do governo Collor, que vetou alguns aspectos das primeiras leis sobre o SUS promovendo a retomada das reivindicações pelos setores que defenderam a reforma sanitária.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde – Políticas Públicas – Políticas de Saúde – História da Saúde

**ABSTRACT:** This article aims to contextualize the process of elaboration, implementation and institutionalization of the Unified Health System occurred between the 1980s and 1990s in Brazil. Health policies before the SUS were discussed, with emphasis on the transition period between the dictatorial state to a democratic state. Were also presented the government programs formulated to promote decentralization of the health actions or the unification of welfare system and public system, becoming precursors guidelines defended for SUS. The implementation of the new system faced challenges soon after its institutionalization through the Collor government, which has vetoed some aspects of the first laws on SUS promoting the return of the claims by the sectors that defended the health reform.

**Keywords:** Unified Health System - Public Policy - Health Policy – Health History

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma proposta inovadora para a área de política da saúde no Brasil principalmente por defender a saúde como direito de todos os brasileiros e dever do Estado na sua garantia. As primeiras legislações sobre o SUS, presentes na Constituição de 1988, já demonstravam as diretrizes pretendidas pelos setores envolvidos com a reestruturação da saúde brasileira e a formulação desse novo sistema nacional: a universalização do atendimento (todos os brasileiros tinham direito a ter saúde e condições de vida e trabalho saudáveis), uma concepção ampliada de saúde (não atrelada à cura de doenças, porém a condições sociais e econômicas que promovam o bem-estar das pessoas), a participação de todos os envolvidos com a área nas decisões sobre o sistema de saúde e a descentralização das ações de saúde entre estados e municípios (entretanto o sistema continuaria hierarquizado, com uma direção única em cada esfera de governo). Essas diretrizes foram esmiuçadas em legislações e normatizações posteriores à Constituição, de acordo com o andamento do processo de implantação deste novo sistema.

Este artigo pretende contextualizar o processo de elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde ocorrido entre as décadas de 1980 e 1990 no Brasil. Para esta finalidade, dividiremos este texto em três partes: a primeira abordará as políticas de saúde no Brasil anteriores ao SUS, a segunda terá como foco o período das reivindicações por mudanças, ocorridas a partir da década de 1980 e a última apresentará os primeiros programas formulados para modificar alguns aspectos da saúde no Brasil (tornando-se precursores do SUS)

além dos primeiros momentos da implantação do SUS logo após a sua institucionalização.

### **1) Das CAPs ao INAMPS: a organização da saúde no Brasil antes do SUS**

A partir da década de 1920 até a década de 1980, quando ocorreu o momento de reivindicação, planejamento e elaboração de um novo sistema de saúde que posteriormente adquiriu o nome de SUS<sup>1</sup>, o atendimento à saúde que existia no Brasil pode ser resumido em três possibilidades: a privatização dos serviços, alternativa que era viável a um grupo minoritário com condições para financiar seu atendimento, não estando interessado nos serviços do governo; a utilização dos serviços estatais de saúde por uma parcela populacional que possuía o direito de usufruir desse atendimento organizado pelo Estado; e a alternativa disponível para a maioria dos brasileiros estava na assistência de um setor do governo que não dispunha de recursos suficientes para gerenciar os serviços em relação à demanda de tantos indivíduos solicitando atendimento. De acordo com Maria Bravo (2006), o setor governamental que abarcava a maior parcela populacional era o de saúde pública, articulado em torno do Ministério da Saúde, e o setor governamental que gerenciava as questões de saúde para a parcela populacional possuidora de direitos era o de medicina previdenciária.

Essa divisão da população entre aqueles com direito de atendimento à saúde pelo governo e aqueles vinculados a setores governamentais menos estruturados e com dificuldades financeiras foi sendo repassada, ao longo do tempo, por distintos organismos ou setores criados para essa tarefa. Entretanto, a linha que dividia um grupo de outro permanecia a mesma: o trabalho legalizado. Não bastava trabalhar, a pessoa tinha que estar regularizada e em um ambiente de trabalho reconhecido pelo Estado. Se a pessoa trabalhasse dentro das regras, com carteira assinada, contribuindo para a Previdência Social, era considerada “possuidora de direitos”, usufruindo os serviços de saúde de uma maneira mais organizada do que aqueles indivíduos que estavam no outro grupo, o grupo dos “não-cidadãos”, aqueles que não mereciam auxílio e atendimento estatal e estavam à margem da cidadania, restando somente a caridade (CARVALHO, 2008).

De acordo com Jaime Oliveira e Sonia Teixeira (1985), o primeiro formato de previdência que surgiu no Brasil foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) a partir de 1923. Essas Caixas eram organizadas entre os empregados e os patrões, com o mínimo de envolvimento do Estado. Os primeiros trabalhadores beneficiados foram os ferroviários, seguidos pelos marítimos e portuários. Entre os benefícios oferecidos aos que participavam dessas CAPs estavam: os socorros médicos dos trabalhadores ou de suas famílias, medicamentos com preços mais baixos, aposentadorias e pensões para os herdeiros em caso de morte. Durante a década de 1930, as CAPs foram sendo extintas e em seus lugares foram elaborados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) novamente dividido por profissões, porém com a participação e centralização estatal maior se comparadas com as CAPs.

As CAPs tinham suas obrigações estabelecidas em lei e com ordem de prioridade.

Em primeiro lugar vinham as questões envolvendo cuidados médicos, como o atendimento médico ou hospitalar para o beneficiado ou sua família, seguido de descontos da compra de medicamentos. Depois os assuntos previdenciários, como a concessão de aposentadorias e pensões em caso de morte ou invalidez. A partir da institucionalização dos IAPs, segundo a argumentação dos autores, os assuntos de previdência tiveram prioridade em comparação com as demandas da saúde (que além de ficarem em segundo plano começaram a contar com um limite de despesa estabelecido através de legislação). O enfoque da assistência médica e hospitalar começou a não ser considerado atribuição das instituições previdenciárias:

Estas são “destinadas” a conceder aposentadorias e pensões. Este é o seu fim, sua atribuição específica, sua obrigação contratual para com os associados, sua natureza. Quase como uma concessão, “poderão” [...] manter serviços de assistência médica”, etc., dependentes de uma “regulamentação especial” à parte do regimento ordinário, e apenas “enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social”, ou seja, enquanto o Estado não tratar de assumir o que é visto agora como encargo exclusivamente seu e não das instituições de Previdência (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985, p. 69).

O período da ditadura civil-militar no país configurou um desenho organizacional da saúde de maneira dual, seletiva e centralizada. Havia duas redes de atendimento à população que funcionavam de forma independente entre si, dividindo o público entre aqueles que contribuíam para o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e os que não eram contribuintes e dependiam das ações de saúde pública do Ministério da Saúde. Maria Bravo (2006) afirma que apesar das CAPs e IAPs, a medicina previdenciária conseguiu superar o atendimento do setor da saúde pública somente com a criação do INPS.

O INPS foi criado em 1966<sup>2</sup> através da unificação dos IAPs. Segundo Oliveira & Teixeira (1985), o momento da incorporação dos Institutos e a oficialização do INPS estava relacionado com a perspectiva de modernização da máquina estatal, com o aumento do poder regulatório sobre a sociedade e o afastamento dos trabalhadores do jogo político. Em 1977 surgiu o INAMPS<sup>3</sup>, autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social que daria atendimento médico, tanto hospitalar quanto ambulatorial, para o público contribuinte do INPS e seus dependentes.

As pessoas que não possuíam vínculo contributivo com o INPS eram atendidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, que estavam vinculadas ao Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde desenvolvia ações de saúde pública, como campanhas de vacinação, vigilância sanitária e atividades que abrangiam a população em geral. Marta Arretche (1998) salienta que os investimentos e financiamentos dessas duas formas de atendimento à saúde eram desiguais. Enquanto o INAMPS recebia recursos oriundos do INPS, o Ministério da Saúde disputava os recursos federais, que foram sendo continuamente reduzidos, com outras áreas de políticas públicas ao longo do período ditatorial.

O INAMPS, através de seus escritórios regionais, credenciava e financiava hospitais, clínicas, laboratórios e médicos particulares para atender os segurados do INPS. De acordo com Marta Arretche (1998) essa terceirização de serviços fortalecia uma concepção de medicina curativa e um modelo de saúde em que as prestações de serviços eram desempenhadas pelos setores privados:

Neste modelo, o setor público financiava e credenciava o setor privado para que este executasse os serviços. Embora órgãos e unidades de saúde pública também prestassem serviços, este era predominantemente prestado pelo setor privado conveniado, quer consideremos o volume de procedimentos ou os valores pagos pelos serviços prestados (ARRETCHE, 1998, p. 204).

A abrangência territorial do INAMPS e a expansão da capacidade instalada viabilizada por seus investimentos (mesmo que no setor privado) provocou, nas palavras de Marta Arretche (1998), uma “*massificação dos serviços de saúde no Brasil*”.

[...] o número de estabelecimentos de serviços médicos passou de 13.133 para 30.672, entre 1976 a 1986; uma taxa de crescimento, portanto, de 133%. A rede ambulatorial (estabelecimentos sem internação) teve uma taxa de crescimento de 206% no mesmo período: de 7.823 para 23.952 estabelecimentos. A rede hospitalar, por sua vez, cresceu a taxa bem mais modesta; teve um incremento de 30%: de 5.310 hospitais em 1976 para 6.920 em 1986 (DRAIBE; CASTRO; AZEREDO, 1991 apud ARRETCHE, 1998, p. 205).

As discussões, protestos e propostas que levaram posteriormente a configuração do SUS surgiram no momento de transição e negociação entre um Estado ditatorial e centralizador<sup>4</sup> para um Estado democrático. Diferentes reformas políticas-institucionais ocorreram para promover uma reconfiguração no Estado brasileiro, buscando implantar bases federativas no arranjo estatal centralizado da ditadura civil-militar (ARRETCHE, 1998). Em relação às políticas sociais (sendo a saúde uma delas), este recorte temporal pode ser dividido em dois momentos: um primeiro de centralização das políticas, através de um controle administrativo e financeiro organizado pelo Estado, e o segundo a partir da década de 1980, quando se estabeleceu um processo distinto, onde as políticas sociais centralizadas passaram por transformações buscando a sua descentralização, proporcionando maior gerência para os governos locais, tanto em nível estadual ou municipal.

Marta Arretche (1998), em sua tese, selecionou cinco políticas sociais (educação fundamental, saúde, habitação popular, assistência social e saneamento básico) e seis estados brasileiros (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Bahia, Pernambuco e Ceará) para analisar como ocorreram os programas de descentralização dessas respectivas políticas em cada estado entre o final da década de 1980 e início dos anos 1990. A variabilidade de resultados encontrados pela autora correspondeu as diferentes possibilidades administrativas, fiscais, políticas, econômicas e gerenciais dos estados brasileiros. Portanto, o projeto descentralizador que foi proposto e executado entre as décadas de 1980 e 1990 no país obteve resultados distintos entre os estados e municípios brasileiros, tanto dentro do próprio estado, quanto se comparadas as políticas sociais entre si. De acordo com a autora, diferentes variáveis interferiram nesse processo de descentralização, como a variação no nível de riqueza econômica dos estados, o porte dos municípios que aderiram, o grau de participação política dos cidadãos, a capacidade fiscal de estados e municípios e as demandas que a política escolhida requeria para sua execução.

Dessa forma, a perspectiva da descentralização das ações entre estados e municí-

pios não ocorreu exclusivamente na área da saúde. A tese de Marta Arretche nos apresenta um projeto descentralizador das políticas sociais brasileiras que estava em execução nesse período no país e que obteve resultados diferenciados. No caso da saúde, a descentralização proposta privilegiava o município e transferia para essa esfera de governo a responsabilidade e os recursos para o gerenciamento da saúde de acordo com as demandas da sua população. Entretanto a direção desse Sistema Único de Saúde seria unificada em cada esfera de governo, através das secretarias municipais e estaduais e o Ministério da Saúde.

## **2) Reivindicações por mudanças: abertura política, participação nas decisões estatais e melhorias na saúde.**

Maria Helena Moreira Alves (2005) argumenta que durante a década de 1970 o descontentamento em relação às atitudes do governo ditatorial tornou-se forte e a resistência ao regime instalado após o AI-5 permaneceu e aumentou com o passar do tempo, com diferentes atores surgindo e protestando contra as decisões e impunidades da ditadura civil-militar. Essa relação entre Estado e oposição nesse momento forçou a negociação por parte do Estado e o general Golbery do Couto e Silva formulou, durante o governo de Ernesto Geisel, a teoria da “distensão política”, com um roteiro previamente negociado com a oposição.

Nesse lento processo de “distensão política”, com a proposta de uma transição para a democracia e uma abertura “lenta, gradual e segura”, que demandas por liberalização política e justiça social tomaram conta da sociedade. Sobre esse período, Silvia Gerschman (1995) argumenta que a redefinição de políticas sociais gerou um amplo debate na sociedade como um todo, devido a possibilidade de transformação das desigualdades sociais e da reversão da extensão da pobreza. Os partidos políticos de oposição defendiam que essas mudanças seriam as iniciadoras de um processo de redistribuição de renda, como um caminho para a universalização de benefícios sociais para todos os brasileiros por todo o país.

Maria Gohn (2002) destaca que entre as décadas de 1970 e 1980 ocorreram distintos conselhos populares para as demandas sociais. No contexto de abertura política e de exigência de direitos reprimidos durante o período ditatorial, esses conselhos foram propostas elaboradas por setores sociais que requeriam maior participação nas decisões do governo. A participação era compreendida, naquela época, como

[...] esforços organizados para aumentar o controle sobre os recursos e as instituições que controlam a vida em sociedade. Esses esforços deveriam partir fundamentalmente da sociedade civil organizada em movimentos e associações comunitárias. O povo, os excluídos dos círculos do poder dominante eram os agentes e os atores básicos da participação popular (GOHN, 2002, p. 11).

A luta pela retomada do regime democrático no país favoreceu que as reivindicações por melhores condições de saúde, moradia, saneamento, educação fossem somadas a movimentos sociais que buscavam defender outros direitos, como: questões ambientais, direitos de grupos étnicos, de pessoas com diversas orientações sexuais, etc. Soraya Côrtes (2009) define que o

Brasil nesse período tornou-se um laboratório de experiências de participação social. Segundo a autora, a área da saúde foi a que precocemente incorporou mecanismos de participação.

Essa efervescência presente na década de 1980 foi sintetizada por Vera Telles (2001):

Em primeiro lugar, encerramos a década de 80 diante de uma sociedade que não apenas se quer moderna como, em alguma medida, se fez moderna: é uma sociedade que se industrializou e se urbanizou, que gerou novas classes e grupos sociais, novos padrões de mobilidade e de conflito social, deixando para trás o velho Brasil patriarcal; é uma sociedade portadora de uma dinâmica associativa que fez emergir novos atores e identidades, novos comportamentos, valores e demandas que romperam com os limites da 'ordem regulada' estruturada nos anos 30; é uma sociedade, finalmente, que nas últimas décadas criou novas formas de organização e de representação coletiva, foi capaz de inventar mecanismos factíveis de negociação e gerenciamento de conflitos, exigindo por isso mesmo a sua autonomia perante o Estado, numa recusa prática da tradição de tutela estatal (TELLES, 2001, p. 13).

A presença da sociedade civil<sup>5</sup> no processo de redemocratização estava pautada pela ideia de participação, com diversos movimentos populares se mobilizando em busca de espaços de participação nas decisões governamentais<sup>6</sup>. Diversos atores sociais se uniram, formando um conjunto variado de movimentos que naquele momento tinham um objetivo maior: acabar com a ditadura civil-militar e recomeçar um regime democrático. Depois de retomada a democracia, as reivindicações por demandas e reconhecimentos de direitos se pluralizariam, e cada movimento social defenderia seus pontos de vista em relação às políticas estatais.

Maria Bravo (2006) argumenta que durante a década de 1980 a área da saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais, deixando de estar reservada somente a técnicos e profissionais do ramo. A autora destaca os atores envolvidos nas reivindicações relacionadas à saúde nesse período: profissionais de saúde (defendendo não somente questões corporativas, porém melhorias na área), Movimento Sanitário, partidos políticos de oposição e movimentos sociais urbanos. O Movimento Sanitário pode ser considerado o mentor do processo de reformulação da área da saúde, pois era um grupo restrito composto de intelectuais, médicos e lideranças políticas opositoras. Segundo Silvia Gerschman, este movimento

Foi influenciado pelo modelo da reforma sanitária italiana e desempenhou, também, um papel importante em organismos internacionais, como a Organização Panamericana da Saúde (OPS), e nas experiências alternativas de saúde que foram implementadas em alguns municípios brasileiros na década de 70. A partir da abertura política e no período em que ia bem avançada a transição à democracia, passou a ocupar espaços importantes nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, assim como, nos governos estaduais e municipais (GERSCHMAN, 1995, p. 41).

As propostas e reivindicações defendidas pelo Movimento Sanitário e pelos demais atores envolvidos com essa temática eram: universalização do acesso aos serviços de saúde; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reordenamento do setor com uma nova perspectiva sobre a saúde individual e coletiva; criação de um sistema único de saúde com predomínio do setor público; descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde; financiamento efetivo; além da participação e controle da população através dos conselhos de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>7</sup> ocorrida em 1986 em Brasília foi um marco para o movimento favorável à reforma sanitária na década de 1980. Com a participação de cerca de cinco mil pessoas de todo o país contou com mesas-redondas, trabalhos de grupos, debates e a elaboração do relatório final que estruturou as discussões existentes pelos setores favoráveis a mudanças na política de saúde brasileira.

A participação no evento foi muito significativa: precedida de mobilizações em pré-conferências estaduais, extrapolou o já abrangente espectro de agentes definidos na convocação e no regimento interno. Foi garantida a autonomia das entidades, na escolha de seus representantes, e das pré-conferências, na escolha das bancadas estaduais, embora o tamanho das mesmas ficasse a critério da comissão organizadora. Ocorreu sem a participação do setor privado, mas, em contrapartida, com uma expressiva representação dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 47).

Na VIII Conferência Nacional da Saúde o município ressurgiu como a instância privilegiada de descentralização das ações em saúde e, segundo a argumentação de Maria Rabelo (1998), foram reafirmados três pontos principais na luta pela reforma sanitária:

- a) A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde;
- b) A saúde é um direito de cidadania e dever do Estado;
- c) Há que se buscar a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular (RABELO, 1998, p. 45).

Ao final da VIII Conferência foi constituída uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que teria o objetivo de implementar o projeto da reforma na esfera do governo para que essas diretrizes fossem aprovadas na nova Constituição. A Constituição de 1988 foi promulgada com cinco artigos que institucionalizavam o novo sistema de saúde com as principais demandas dos setores defensores da reforma sanitária. Segundo Marta Arretche (1998), as determinações da Carta Magna versavam sobre um sistema nacional de saúde público, universal, com a unificação dos órgãos públicos de saúde dos três níveis de governo, com a defesa de que o sistema privado fosse complementar à cobertura do setor público, reformulando os desenhos operacionais na área de saúde que estavam em vigor.

### **3) Programas precursores ao SUS e os primeiros momentos de sua implantação.**

Antes da promulgação da Constituição de 1988 e diante das articulações e protestos dos movimentos que defendiam mudanças no sistema de saúde, alguns programas que almejavam ou uma descentralização de funções ou a unificação dos sistemas de saúde foram propostos pelo governo. De acordo com Amélia Cohn (1987), o foco dessas mudanças estava relacionado à racionalização do sistema em vigor com o objetivo da descentralização:

[...] não se trata mais, fundamentalmente, de buscar um divisor de competências e clientela entre o Ministério da Saúde e a Previdência e Assistência Social, mas parte-se agora da premissa de uma integração da área de atuação de ambos, viabilizada através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Essas Secretarias, através de convênios tripartites (União, estado e município), implementarão, sob sua responsabilidade, a assistência médica, construindo um sistema unificado e integrado de saúde. À medida que à União ficará reservada a tarefa normatizadora e de repasses de recursos para essas outras esferas de poder, viabiliza-se por essa via a descentralização. (COHN, 1987, p. 56).

Entre esses programas precursores ao SUS, é possível citar as AIS e o SUDS. As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram um convênio assinado entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde. Silvia Gerschman (1995) explica que o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS)

[...] propunha mudanças na relação entre o setor público/privado, passando a privilegiar o financiamento do setor público. Pretendia-se também alterar o modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada interna ao setor público, e dando prioridade à assistência ambulatorial, estendendo a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços. Ainda que se tratando de experiência parcial, pois seria implementada apenas em alguns estados e municípios, a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciada em 1982, previa de maneira incipiente a existência de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, o que se constituiria também numa primeira tentativa de descentralização do Sistema de Saúde (GERSCHMAN, 1995, p. 42).

As instâncias de participação presentes nas AIS eram comissões interinstitucionais de vários níveis federativos<sup>8</sup> que contavam com a participação de: gestores governamentais, prestadores públicos e privados, profissionais e usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). De acordo com Amélia Cohn (1987), esses órgãos colegiados foram pouco efetivos, com baixo índice participativo e atrelados à burocracia para a solução das exigências que surgiam em suas reuniões.

Os resultados obtidos pelas AIS foram insuficientes, no entanto, as propostas de descentralização e unificação dos sistemas ganharam cada vez mais adeptos. A outra tentativa de descentralização ocorreu com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), programa implantado em 1987, obtendo melhores resultados que as AIS e reafirmando o princípio da participação, através das comissões interinstitucionais, e com a recomendação de criação de conselhos de saúde nos estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A proposta reafirmava os princípios defendidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e trabalhava a unificação e descentralização com os estados que, através de suas secretarias de saúde, assumiriam o compromisso de acelerar a municipalização e promover a adesão de seus municípios ao convênio SUDS. Marta Arretche (1998) destaca que

Com o SUDS, através de convênios, os estados incorporaram: i) as funções das Diretorias Regionais do INAMPS: a gestão dos convênios e dos pagamentos dos serviços das redes conveniadas; ii) a rede própria de atendimento do INAMPS e iii) os funcionários deste órgão, incorporados em grande parte aos quadros do serviço estadual. Pelo SUDS, a Secretaria de Saúde de



cada estado comprometia-se a gerir a unificação das unidades da rede pública e a promover uma reforma administrativa no plano estadual, destinada a tornar possível a realização de suas novas funções (ARRETCHE, 1998, p. 210).

Apesar destas tentativas do governo de promover modificações ou propostas de unificações do sistema de saúde, a transformação aconteceu somente com a Constituição de 1988 devido à legalização de diversas demandas reivindicadas pelos movimentos favoráveis à reforma sanitária. Foi institucionalizada a concepção de uma saúde universal, igualitária, preventiva e não apenas curativa, sendo um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, Maria Bravo (2006) salienta que

O texto constitucional inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A saúde do trabalhador não contemplou propostas como o direito do trabalhador recusar-se a trabalhar em locais comprovadamente insalubres, bem como, de ter informações sobre toxicidade dos produtos manipulados (BRAVO, 2006, p. 11).

Após a promulgação da Carta Constitucional com os princípios do que seria o Sistema Único de Saúde, tornava-se necessário a discussão e preparação da Lei Orgânica de Saúde, que explicaria e regulamentaria os detalhes das diretrizes já estabelecidas para o novo sistema de saúde. Entretanto, as primeiras legislações específicas sobre o SUS foram publicadas somente em setembro e dezembro de 1990. Nesse intervalo de tempo ocorreram as Constituições estaduais que incorporaram as determinações do Estado. Sobre a área da saúde, Sueli Dallari destaca que

[...] mantendo-se fiel à tradição de copiar o modelo federal ou, na melhor hipótese, adotar o paradigma regional ou de qualquer outro estado, muitas Constituições repetem as normas sanitárias federais. É também possível encontrar exatamente a mesma redação nos artigos constitucionais de diferentes estados. E, porque o período de elaboração constitucional coincidiu com o início da feitura dos primeiros anteprojetos da Lei Orgânica da Saúde, na esfera federal, pode-se constatar sua influência nos textos aprovados estadualmente (DALLARI, 1995, pp. 44-45).

Em setembro de 1990 foi publicada a lei nº 8.080<sup>o</sup>, conhecida como a Lei Orgânica de Saúde. Essa lei foi aprovada com alguns vetos do presidente em exercício Fernando Collor de Mello. Collor iniciou seu mandato em 1990, com uma perspectiva de governo que ia de encontro às propostas de ampliação da participação nas decisões da área da saúde e a definição, através dos conselhos de saúde, do destino dados aos recursos financeiros para essa área.

O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 112).

Os vetos do presidente Collor para o texto da lei nº 8.080/90 foram para os seguintes assuntos: participação da comunidade, através dos conselhos e conferências; caráter deliberativo dos conselhos; financiamentos automáticos da saúde em nível municipal, através dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para os municípios e incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar do veto do presidente em relação à participação da comunidade através dos conselhos e conferências de saúde, o texto da lei nº 8.142/90<sup>10</sup> recuperou essas formas participativas. De acordo com essa lei, aprovada em dezembro de 1990, os conselhos de saúde e as conferências de saúde são as instâncias de participação de todos os setores envolvidos com a saúde no Brasil. O texto legal determinava que as conferências de saúde se reunissem com uma periodicidade de quatro anos congregando representações dos segmentos sociais envolvidos com a área da saúde para análise e proposições para o sistema. Essas conferências seriam convocadas pelo Poder Executivo ou de forma extraordinária pelo Conselho Nacional de Saúde.

Os conselhos de saúde, de acordo com a lei nº 8.142/90, ocorreriam em todos os níveis federativos e possuíam o caráter permanente e deliberativo. São órgãos colegiados que atuam na formulação de estratégias e no controle dos aspectos econômicos e financeiros para a execução das políticas de saúde em sua instância correspondente e com a representação dividida da seguinte maneira: representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da área e usuários (sendo que esse segmento compõe metade das representações do conselho e a outra metade dividida entre os demais).

De acordo com Célia Ramos:

No modelo brasileiro, os Conselhos de Saúde não são os únicos órgãos controladores das ações do SUS. A importância e peculiaridade que apresentam é serem de natureza mista em sua composição. Outras formas de controle são as Comissões de Saúde existentes nas diferentes esferas do poder Legislativo, e na esfera do Judiciário espera-se o aperfeiçoamento gradual do sistema através do cumprimento das leis e a defesa dos direitos do cidadão quanto à sua saúde. Outras instâncias do Estado que atuam na ação fiscalizadora são os tribunais de contas, em seus diferentes níveis (RAMOS, 1996, p. 329).

Portanto, os debates que ocorriam sobre a interlocução entre Estado e sociedade civil defendiam uma maior permeabilidade por parte do Estado no reconhecimento das demandas, reivindicações e propostas dos movimentos sociais na formulação de políticas que garantissem os direitos desses grupos diversificados. No entanto, os movimentos sociais não estavam satisfeitos somente ao reconhecimento de direitos e a elaboração de políticas por parte do Estado. De acordo com Angela Quintanilha Gomes, a discussão também ocorria no sentido de

[...] ter canais que permitissem o estabelecimento de um processo de interlocução com o mesmo. A participação não estava somente em apresentar a demanda, mas na discussão sobre ter canais que a viabilizassem, ou seja, de como e quais seriam esses canais (GOMES, 2011, p. 23).

Essa nova oportunidade de participação, agora de forma legal, obrigou a uma reorganização dos movimentos sociais, pois a atuação deveria ser distinta, não mais pressionando por participação, porém aprendendo a negociar e atuar de maneira distinta daquela que eles haviam desenvolvido até o momento. O Estado teve que reconhecer que os movimentos populares não eram adversários, mas interlocutores válidos, tendo seu espaço garantido dentro de novas arenas políticas entre Estado e sociedade civil. A interação entre eles tornou-se cada vez mais complexa, burocratizada e técnica, com a necessidade de assessoriais especializadas para facilitar a compreensão das novas regras institucionais e a interação maior entre as instituições e movimentos. (GOMES, 2011, p. 27). Segundo Maria Gohn (2000), a existência do confronto democrático e da negociação entre atores com proposições políticas distintas tornou-se inevitável para esses espaços e contribuiu para a construção de novos sujeitos políticos.

De acordo com Célia Ramos (1996), o Sistema Único de Saúde inovou na sua proposição de atuação política no Brasil através de propostas definidas de participação e desenvolvimento do controle social<sup>11</sup> do sistema por meio da articulação de três grupos distintos (Estado, setores da saúde e sociedade civil).

De qualquer forma, não há como negar que os Conselhos de Saúde podem ser definidos como um projeto preocupado em assegurar a presença da sociedade civil, de forma realmente efetiva, participativa, na defesa dos interesses da população, na geração de políticas do setor, no acompanhamento da consecução das mesmas e na avaliação do sistema como um todo ou em relação a programas específicos. Sua existência de maneira alguma pretende inibir que a cidadania se organize de forma autônoma e busque formas próprias de reivindicações. Do ponto de vista da subjetividade do discurso político-institucional e jurídico, tal efeito não é sequer desejado, já que a lógica de implantação do SUS pretende, através da descentralização, democratizar a área administrativa, tornar a estrutura de poder mais flexível e possibilitar tomadas de decisão que levem em conta vários pontos de vista. Poderíamos resumir dizendo que é uma tentativa de pensar o sistema como um todo atuando localmente. Tais objetivos, se atendidos, tenderão a promover o fortalecimento da sociedade civil e de seus órgãos participativos (RAMOS, 1996, p. 331).

O Sistema Único de Saúde está continuamente em reformulação e reestruturação. Os primeiros momentos de sua implantação enfrentaram uma proposta de governo nacional que não concordava com os pressupostos de participação dos setores interessados nas decisões e os custos por parte do governo para manter e estruturar esse novo sistema. Entretanto os mesmos setores que defenderam as mudanças e a unificação do sistema de saúde dual do regime ditatorial continuaram seus movimentos e reivindicações para implantar o sistema que havia sido institucionalizado em 1988. Este artigo pretendeu abordar esse momento histórico de elaboração, institucionalização e implantação de uma nova proposta de política de saúde para o Brasil, que atribui em lei que todos os brasileiros tem direito à saúde e condições sociais e econômicas que a promovam. Até hoje essa premissa não foi completamente realizada, entretanto a discussão do percurso histórico que essas políticas percorreram torna-se importante para analisar os rumos que levaram o SUS ao que ele é hoje e quais serão os próximos passos, se as diretrizes foram atingidas ou necessitam novamente de serem repensadas e reformuladas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Maria Helena Moreira. **Estado e Oposição no Brasil: 1964-1984**. Bauru: Edusc, 2005.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **O Processo de Descentralização das Políticas Sociais no Brasil e seus Determinantes**. Tese (Doutorado de Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, 1998.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E et all (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Editora Cortez, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm) Acesso: 15 ago 2012.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/saude%20e%20democracia%20a%20luta%20do%20cebes.pdf> Acesso: 04 abr 2012.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: um longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

COHN, Amélia. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde: descentralização ou desconcentração? **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 1, n. 3, p. 55-58, out./dez. 1987. Disponível em: [http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/Osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/Osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf). Acesso: 18 set. 2012.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sonia & LOBATO, Lenaura V. C. (org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GOHN, Maria da Gloria. Conselho gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, n. 7, pp. 9-31, 1º sem. 2002. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/9257/6867>. Acesso em: 25 jul 2012.

GOHN, M. G. M. O Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Urbana In: RIBEIRO, Ana Clara Torres (org.). **Repensando a Experiência Urbana na América Latina: questões, conceitos e valores** ed. Buenos Aires, CLACSO, 2000. Disponível em: <http://168.96.200.17/ar/libros/urbano/prologo.pdf>. Acesso: 25 mai 2012.

GOMES, Angela Quintanilha. **Conselhos Municipais em Porto Alegre - 1937/2008: quem participa?** Tese (Doutorado de Ciência Política) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, Porto Alegre, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf). Acesso em: 21 abr. 2012.

OLIVEIRA, Jaime A. A. & TEIXEIRA, Sonia M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história**

da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

RABELO, Maria Mercedes. **O Processo de Descentralização da Saúde no RS: um estudo enfocando os municípios**, 1995. Dissertação (Mestrado de Ciência Política) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, Porto Alegre, 1998.

RAMOS, Célia Leitão. Conselhos de Saúde e Controle Social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 329-344.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: Editora 34, 2001

## Notas

\* Graduada em História pela UFRGS.

<sup>1</sup> A Constituição de 1988, que oficializou esse novo sistema de saúde brasileiro, não apresentou em seu texto a nomenclatura “Sistema Único de Saúde”, apenas determinou como seria o sistema sem nomeá-lo: “[...] *As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]*” (BRASIL, 1988). A sigla SUS e seu significado estão presentes em lei a partir de 1990, quando foi publicada a lei nº 8.080, que é a Lei Orgânica da Saúde.

<sup>2</sup> BRASIL. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1966. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/24/1966/72.htm>

<sup>3</sup> BRASIL. Lei nº 6.439, de 01 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 set. 1977. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1977/6439.htm>

<sup>4</sup> A ditadura civil-militar, através de seus mecanismos de centralização, proporcionava uma margem mínima de autonomia para governadores e prefeitos. Maria Helena Moreira Alves argumenta que a “pedra-de-toque” do governo ditatorial era a centralização, com o objetivo de “[...] *criar um Estado de Segurança Nacional capaz de assegurar a ordem imposta e decidida pelos governantes por meio de uma série de novas instituições, leis e regras*” (ALVES, 2005, p. 10).

<sup>5</sup> Sobre o termo sociedade civil, este pode ser analisado através de um modelo tripartite, em que Estado, mercado e sociedade civil estão relacionados entre si, entretanto cada um possui posicionamentos e reivindicações distintas. De acordo com Soraya Côrtes: “*Os atores estatais e de mercado seriam compelidos a agir em ambientes regidos pelo poder e pelo dinheiro, enquanto o mesmo não aconteceria com os atores sociais. Segundo Cohen (2004, p. 427), os atores sociais não visam tomar o poder do Estado ou organizar a produção, mas, sim ‘(...) exercer influência por meio da participação em associações e movimentos democráticos*” (CÔRTEZ, 2009, p. 107).

<sup>6</sup> Sobre a relação entre Estado brasileiro e sociedade, Angela Quintanilha Gomes (2011) destaca duas formas de abordagem que estão presentes nos trabalhos acadêmicos. Uma forma identifica uma posição de primazia do Estado sobre a sociedade, que se apresenta ao longo da história republicana brasileira através do autoritarismo e do corporativismo. A outra forma procura destacar iniciativas da sociedade civil, mesmo com o predomínio do Estado, iniciadas principalmente em oposição à ditadura civil-militar e com desdobramentos no período da redemocratização.

<sup>7</sup> As Conferências Nacionais de Saúde existiam antes da institucionalização do SUS. A primeira foi convocada em 1941, no governo Vargas, com propostas sanitárias e assistenciais aos estados, com especial atenção as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. As convocações ocorriam de acordo com o governo vigente e não havia

um prazo determinado para sua organização. Durante o governo militar foram convocadas quatro conferências (1967, 1975, 1977 e 1980). Em 1990, foram oficializadas, junto com os conselhos de saúde, como instâncias colegiadas de participação em todos os níveis federativos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041). Acesso: 17 nov. 2012).

<sup>8</sup> As comissões interinstitucionais das AIS eram: Ciplan (Comissão Interministerial de Planejamento); CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde); CRIS (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde) e CLIS ou CIMS (Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

<sup>9</sup> BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

<sup>10</sup> BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

<sup>11</sup> De acordo com Antonio Carvalho (1997), o conceito de controle social, no momento de implantação do SUS, foi disseminado como uma prescrição normativa para a democratização das relações entre o Estado e a sociedade. Dessa forma, “[...] a sociedade passa a ser identificada com o interesse geral e o Estado é tido como liminarmente comprometido com interesses particulares” (CARVALHO, 1997, p. 95). Essa apropriação do conceito possui um caráter maniqueísta, pois o Estado e a sociedade convertem-se em entes homogêneos desprovidos de sua complexidade.