

Da Lei Eloy Chaves ao SUS

Tatiana Wargas de F.Baptista
twargas@ensp.fiocruz.br

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Objetivos

- Discutir historicamente a noção de direito à saúde no Brasil, identificando os grupos que foram privilegiados na proteção à saúde em cada fase;
- Identificar os principais marcos institucionais na trajetória da política de saúde brasileira;
- Detalhar o movimento da reforma sanitária brasileira e sua contribuição para a definição do SUS;
- Analisar as estratégias e pactos firmados na construção do modelo de seguridade social brasileiro e os princípios constitutivos do SUS.

Referências Bibliográficas

- ABRUCIO, F.L. Os barões da federação. Os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo, Editora Hucirtec, Dept.Ciência Política da USP, 1998.
- CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial Ltda, 1991.
- NORONHA, J.C. & LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. Saúde e Sociedade no Brasil. Anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.
- LIMA, Nísia T., FONSECA, C. e HOCHMAN, G. "A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva" In LIMA, N.T. (org.) Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- TEIXEIRA, S. M. & OLIVEIRA, J. DE A – A imprevidência Social: 60 anos de história da Previdência Social. Petrópolis; Vozes, 1985.
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1981.
- OLIVEIRA, J.AO. & TEIXEIRA, S.M.F. (Im)previdência social, 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1986.
- BAPTISTA, T.W.F. Seguridade Social no Brasil. Revista do Serviço Público. Brasília, ENAP, ano 49, n.3, 1998.**
- BAPTISTA, T.W.F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2005.**
- WERNECK VIANNA, M.L.T. A Seguridade Social no Brasil no contexto das políticas públicas. Programa de Capacitação em Seguridade Social. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, DATAPREV, MPS, 1994.
- SANTOS, W.G. Cidadania e Justiça. A política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro, Campus, 1979.
- SOLA, L. Idéias econômicas, decisões políticas: desenvolvimento, estabilidade e populismo. São Paulo, EDUSP, 1998.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo da Ordem Social. 1988.**
- Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 1990 – lei 8080 e 8142.**

A Saúde no século XIX

- No início do século (1808) - projeto de institucionalização do setor saúde para **regulação da prática médica** (primeira faculdade de Medicina) - coincide com a vinda da família Real para o Brasil e a necessidade de organização mínima do reinado.
- Preocupação com os postos e a economia cafeeira e agro-exportadora em geral - represálias externas aos produtos, exigências por **normas de higiene e segurança**:
 - Proteção e saneamento das cidades, especialmente o controle dos portos;
 - Controle e observação das doenças e doentes;
 - Teorização acerca das doenças.

Políticas de Saúde – Estado Nacional

- Proclamação da República (1889) - fortalecimento da burguesia cafeeira. Pressão por organização das cidades, saneamento dos portos, controle das epidemias (mão-de-obra assalariada precisava de atenção);
- Diagnóstico: ‘Brasil sem brasileiros’ e necessidade de construção de uma nacionalidade e **esforço civilizatório**;
- Papel das políticas de saúde no aumento da penetração do Estado na sociedade e no território do país;
- Busca por **conhecimento e ações na área da saúde pública** (incentivo às pesquisas, criação de institutos e Diretoria Geral de Saúde Pública - 1897);
- Início do ‘**movimento sanitarista**’

Movimento Sanitarista – 1º momento

- A ênfase no **saneamento urbano** e combate às endemias urbanas (febre amarela, peste, varíola) (1903-1909).
- Reforma na Saúde - Oswaldo Cruz
- Código Sanitário
 - Campanha de **Vacinação Obrigatória**
 - Obrigatória desinfecção
 - Quarentena
 - Policia sanitária
- **Revolta da Vacina** - grupos sociais começavam a se organizar e resistiam à forma imposta da campanha.
- Reforma Urbana – mudança na **organização das cidades**, ênfase no saneamento (capital e portos).

Enquanto isso...

- Conviviam práticas de saúde como o curandeirismo, xamanismo e outras.
- Trabalhadores também se organizavam, a assistência estatal à saúde não existia. Existiam práticas privadas (médicos de família para burgueses) e filantrópicos (Santas Casas).

Movimento Sanitarista – 2º momento

- A ênfase no saneamento rural e combate a três endemias rurais (ancilostomíase, malária e Chagas) (1910-1920).
- Diagnóstico: a doença generalizada no território nacional é a razão para o atraso do país (As expedições dos sanitaristas o papel da intelectualidade - 'Sertões');
- A saúde é colocada pelos sanitaristas como uma questão social e política, um grande obstáculo à civilização.
- Fundação Rockefeller (1916) – medidas sanitárias baseadas no modelo americano (J.Hopkins) – controle internacional da febre amarela e malária.
- Constituição da Liga Pró-saneamento do Brasil e em 1920 criação do Deptº Nacional de Saúde Pública.
 - Autoridade nacional de política de saúde;
 - Principal política: saneamento;
 - No pacto federativo ampla negociação com os estados;
 - Bases para a consolidação de uma política de padrão concentrador, vertical no governo federal.

Saúde Pública: concepções e objetivos

- Objetivo principal: prevenir doenças.
- Foco principal: ações de promoção da saúde (saneamento, educação sanitária, etc.) e prevenção das doenças (vacinas, controle das epidemias).
- Controle de algumas doenças consideradas graves problemas de saúde pública e outras que demandavam o “controle” do Estado: tuberculose, hanseníase, transtornos psiquiátricos.
- Restrita, portanto, a determinados problemas de saúde e com o objetivo de evitar a propagação de doenças com ações abrangentes e sistemáticas de caráter “coletivo”.
- Constitui a base para uma política de saúde de caráter concentrador e vertical.

Saúde para a força de trabalho

- **ANOS 10-20** - trabalhadores e empresas começam a se articular formando as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões.
 - Países importadores mais exigentes com relação aos produtos. Empresas preocupadas com melhor qualidade.
 - Movimentos populares em ascensão.
- **Lei Eloy Chaves** - 1923 - legalização das CAP's - Cala movimentos sociais. Assistência à saúde nasce relacionada a um **vínculo formal** de trabalho e para categorias específicas de produção (Oliveira e Teixeira, 1985).

Características:

- Finaciadas por empresas e administradas por empresas e trabalhadores.
- Estado não contribuía ou mesmo administrava.
- **Seguro social** com caráter altamente **controlador** dos segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia cafeeira no sentido de disciplinar força de trabalho.
- O seguro estava restrito à condição de **filiado** ao seguro social.
- Os serviços prestados começaram desde então com a **compra de serviços privados**, sob a forma de credenciamento médico.
- Consolidou-se como uma prática de caráter **assistencialista** e não universalizante.

Medicina Previdenciária

- **ANOS 30** - Sistema Previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação.
- Crise econômica mundial afeta economia da indústria cafeeira.
- Êxodo rural - cidades não conseguem abraçar excedente.
- Revolução de 30 - Getúlio Vargas - Populismo
 - Ações na área do trabalho - Consolidação da leis do trabalho.
 - Criação do Ministério do Trabalho.
 - Criação dos IAP's - montagem de um **sistema de previdência social com a regulação do Estado**. Categorias. Mantém vínculo com o trabalho.
 - Concentração de poder e modernização administrativa - *Deptº Administrativo do Serviço Público* - técnico.

- **Características** da medicina previdenciária:
 - segmenta os trabalhadores por inserção nos diversos setores de atividades;
 - o Estado passa a ser controlador do sistema;
 - padrão verticalizado;
 - é cidadão aquele que se apresenta vinculado a uma das ocupações definidas em lei - cidadania regulada (Santos, 1979);
 - benefícios e serviços diferenciados por categorias e contribuições;
 - forte cooptação da força de trabalho;
- A medicina previdenciária é para aqueles incluídos no sistema produtivo formal e reconhecido pelo Estado - mas nem todos os Institutos ofereciam esse benefício.

Saúde Pública

- **ANOS 30** – Saúde Pública passa por uma reforma administrativa.
 - Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) incorpora o DNSP;
 - 1930-34 – 3 Ministros – objetivos indefinidos;
 - 1934-45 – Gustavo Capanema – reforma institucional – Reforma Capanema:
 - criação das delegacias federais de saúde – território dividido em oito regiões, governo federal implementa e supervisiona as ações de saúde pública;
 - instituição das **conferências nacionais de saúde** – delegações de todos os estados em um fórum nacional para discutir os temas da saúde pública;
 - criação dos serviços nacionais com objetivo de debelar surtos epidêmicos e estabelecer métodos de controle e prevenção;

Saúde Pública

- Acentua-se a estrutura centralizadora e hierárquica – com descentralização executiva;
- Principal argumento para a centralização: não havia capacidade técnica local;
- Intenso trabalho normativo e de padronização;
- O cidadão trabalhador está fora da área de abrangência do MESP.
- Preocupação com a saúde do homem rural – doenças infectocontagiosas que implicavam em riscos para a coletividade.
- Formação e diferenciação entre os médicos clínicos e os higienistas/sanitaristas – participação de instituições e técnicos americanos – Rockefeller (10), F.SESP (42).

Consolidação do Sistema de Saúde brasileiro

- Dois modelos com diferentes objetivos definem trajetórias díspares: a Saúde Pública e a Medicina Previdenciária;
- Segmentação do sistema;
- Dicotomia da concepção de saúde;
- Fragmentação das estratégias de atenção;
- Discriminação de direitos.

Saúde e Desenvolvimento

- **Pós-Guerra (1945 - ...)**

- Mudança da estrutura produtiva - ritmo acelerado de industrialização, processo crescente de urbanização;
- Bolsões de pobreza; transição demográfica e epidemiológica em curso;
- País pobre gera subdesenvolvimento – círculo vicioso da pobreza;
- Consolidação do **aparato tecnocrático** para a fundamentação das decisões econômicas e políticas do Estado;
- Desenvolvimentismo - a saúde é tomada como um bem de valor econômico – o investimento em 'capital humano' tornou-se fundamental para o desenvolvimento e progresso das nações;
- Custos econômicos das doenças como obstáculo ao desenvolvimento dos países.

Saúde e Desenvolvimento

Argumentos em contraposição

Controle/erradicação de doenças como pré-requisito ao desenvolvimento **X** O desenvolvimento socio-econômico é um pré-requisito para a saúde.

Campanhas contra doenças devem ser dirigidas verticalmente contra doenças específicas **X** Campanhas devem ser horizontais e promotoras de condições básicas de infra-estrutura sanitária.

Sistema Internacional perpetua desigualdades e o próprio subdesenvolvimento **X** Desenvolvimento como valor universal.

Políticas de Saúde

- **'Sanitarismo-Desenvolvimentista'**
 - Reação ao campanhismo, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento sanitário do país pela falta de informações.
- **Saúde Pública**
 - Criação do **Ministério da Saúde (1953)**, voltado para as questões da saúde pública.
 - Criação do Deptº Nacional de Endemias Rurais (DNERu – 1956) - combate às grandes endemias rurais e às epidemias.
 - Campanhas de Controle e Erradicação de doenças (malária).
 - Realização da III CNS – rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, avaliação crítica da realidade sanitária do país, proposição para a municipalização dos serviços.
- **Medicina Previdenciária**
 - sistema previdenciário cresce em volume de recursos, em aparato institucional e em clientela a ser atendida: compra de serviços privados, surgem 1ºs **convênios-empresas**;
 - surge o grande hospital - a prática médica com múltiplas especialidades;
 - **era do tecnicismo** acompanhando a evolução do conhecimento científico e biomédico (betabloqueadores, quimio, etc.).

Saúde e Seguridade no Brasil

- Em 1960 - governo Jânio - João Goulart - Discussão de uma Lei Orgânica da Previdência Social com a proposta de uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos, assumindo como **prática inerente dos Institutos a saúde** - mas não ocorre como tal - aqui foi selada a sorte privatizante da saúde que cresce enormemente no interior dos Institutos.
- Havia também presente na proposta uma idéia de concepção de uma seguridade social - proteção mais abrangente para a população - proposta não levada adiante.

Um Golpe na democracia

- 1964 - Golpe militar
 - alijamento dos trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil das decisões;
 - centralização do poder e estabelecimento de uma lógica de relação município-União, estado-União, rompendo lógica federativa (Abrucio, 1998);
 - apenas um centro de poder comanda a engrenagem federativa - articulação entre os três níveis por canais administrativos e não em arenas políticas;
 - fortalecimento da tecnocracia e das relações clientelistas do Estado - “economistas-rei” (Sola, 1998).

Um Golpe na proteção social

- 1966 - unificação dos IAP's - **INPS**
 - maior centralização do estado;
 - maior privilegiamento da prática curativa - aprofunda perfil assistencialista;
 - começo da expansão do complexo médico-empresarial (sem o controle dos trabalhadores, o setor médico cresce - ganha importância clientelista);
 - incentivos ao setor privado;
 - surge a carteira do INPS.

De 68-74 - milagre econômico X milagre social

- Na economia**

- crescer o bolo para repartir depois - DELFIN;
- planos econômicos (juros, poupança);

- Na saúde**

- expansão ainda maior do complexo médico-empresarial;
- fortalecimento do executivo;
- centralização do processo decisório;
- estabilidade social e dinamismo econômico;
- crescimento da prestação da assistência médica;
- incorporação de novas categorias profissionais (rurais, domésticas, autônomos);
- maior demanda por serviços;

Características deste período:

- gastos do Estado com área social crescem a partir de meados de 60, mas demandas sociais continuam não sendo atendidas;
- baixo investimento na saúde pública frente ao acelerado investimento na medicina previdenciária;
- a clientela continua sendo o trabalhador urbano formalmente inserido no mercado de trabalho com tratamento diferenciado entre categorias;
- ao mesmo tempo que acentuam desigualdades, avança-se no discurso universalizante da cobertura do seguro social.

O Governo Geisel (1974-1979)

- 1974 - cenário: fim do milagre - situação social em desequilíbrio - “abertura lenta, gradual e segura”
- II PND - estratégia geral de desenvolvimento para o país:
 - 1) consolidação de uma economia moderna;
 - 2) ajustamento do país às novas realidades da economia mundial;
 - 3) esforço de integração nacional;
 - 4) formulação de estratégias de desenvolvimento social;
 - 5) integração com a economia mundial.
- Emprego - salário - consumo - qualificação

O governo Geisel e as propostas para a área social

Principais políticas sociais desenvolvidas:

- o Plano de Pronta Ação (PPA), 1974
- o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), 1974
- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), 1974
- o Sistema Nacional de Saúde (SNS), 1975
- o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), 1976
- o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), 1977 (INAMPS, INPS, IAPAS, DATAPREV, FUNABEM, LBA, CEME).

- **O que significou a instituição do INAMPS?**

- O INAMPS nasce poderoso e com grande poder de barganha. Saúde e Previdência em desvinculação.
- Previdência em crise explícita ao fim dos anos 70 diagnostica rombo como decorrente do setor saúde.

Soluções: ou aumenta a receita (algumas ações foram implementadas) ou diminui a despesa (mais cortes no setor);

- **Por que a crise?**

- má aplicação dos recursos da Previdência;
- uso dos recursos em obras públicas;
- incorporação tecnológica e aumento dos custos;
- sistema baseado no hospital;
- privilegiamento do privado.

Ainda no contexto da ditadura ... cresce o movimento reformista da saúde

- Investimento em C&T - Finep-CNPq - bases para a saúde coletiva – revisão crítica da teoria preventivista
- Movimentos sociais (mulheres/mães, trabalhadores, igreja e outros)
- “Movimento sanitário”
- Criação do CEBES em 1976 e da ABRASCO em 1979
- I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados - *“A questão democrática na área da saúde”*
- VII CNS - 1979/1980 - PREV-SAÚDE

Direito à Saúde

- Concepção ampliada de saúde;
- Saúde: direito de cidadania;
- Saúde: responsabilidade do Estado;
- Integração do Sistema;
- Gestão descentralizada;
- Participação popular;
- Perspectivas para uma reforma democratizante do Estado;
- Revolução pela saúde.

A crise da Previdência

- Cenário nacional: crise política, social e institucional do Estado Brasileiro - pressão pela redemocratização (apoio governadores);
- Cenário internacional: nova ordem econômica, novos referenciais tecnológicos, crise do *welfare*;
- A Previdência brasileira:
 - Crise ideológica - saúde atrelada à previdência e contribuição;
 - Crise financeira - sustentabilidade da política em vigor;
 - Crise político-institucional - ineficiência e má qualidade dos serviços prestados;

O Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)

- Criado em 1981 realizou diagnóstico do setor e propôs um Plano de Reorientação da Ass.à Saúde;
- Diagnóstico:
 - serviços inadequados à realidade;
 - insuficiente integração dos diversos prestadores;
 - recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto;
 - desprestígio dos serviços próprios;
 - superprodução dos serviços contratados.
- Divergências: Saúde e Previdência - descentralizar sim, unificar com ressalvas e universalizar não!

Principais propostas do Plano CONASP:

- **Programa das Ações Integradas de Saúde - PAIS**
 - integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada (coordenação CIPLAN);
 - composição de um sistema unificado (MS-SES-SMS e INAMPS), regionalizado (comunicação entre os municípios e planejamento conjunto) e hierarquizado (por nível de atenção) para o atendimento;
 - resumia-se na assinatura de convênios entre o INAMPS e os estados e municípios para o repasse de recursos para a construção de unidades e financiamento do funcionamento da rede com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita a toda a população.

Principais propostas do Plano CONASP:

- **Programação e Orçamentação Integrada - POI**
 - criação de mecanismos para programação e orçamentação dos recursos para a saúde de forma integrada INAMPS-MS-secretarias estaduais e municipais.
- **Programa de Racionalização Ambulatorial - PRA**
 - hierarquia de prioridades assistenciais entre os postos de assistência médica (PAM) e o conjunto de consultórios e laboratórios privados e credenciados.
- **Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS**
 - controle dos recursos para o setor privado - AIH.

A Transição democrática e a Nova República

- 1982 - Eleições diretas para governos estaduais;
- 1983 - Emenda Dante de Oliveira - eleições diretas para Presidente da República;
- Campanha pelas “Diretas Já”;
- Congresso Nacional - negociação e conflito - PMDB (Tancredo) e PFL (Aureliano e M.Maciel) e composição da Aliança democrática;
- AD - montagem numérica para vencer Maluf;
- Transição negociada - lenta, gradual e segura - amplos consensos;
- Vitória de Tancredo nas Eleições Indiretas e morte a seguir;
- Assume o Vice - Sarney (ex-PDS e então PFL);

A Transição democrática e a Nova República

- Compromisso com uma nova CF - adiado;
- Formação de um “Congresso Constituinte” em 1987 - novos (eleitos em 1986) e antigos (senadores biônicos) parlamentares;
- Divisão de poder no governo - progressistas e conservadores;
- Na área econômica os “economistas do PMDB” - ortodoxos, de direita;
- Na área social os quadros mais progressistas;
- Plano Cruzado e o governo de “Tudo pelo Social”;
- Composição da ANC como um espelho da composição do governo na divisão das pastas.

A Transição democrática e a Nova República

Na Saúde e Previdência ...

- Mudança do quadro gestor federal - entrada dos reformistas;
 - Ministério da Saúde - Carlos Santana - ator questionado;
 - Secretário-Geral do MS - Eleutério Rodrigues Neto
 - Ministério da Previdência - Waldir Pires/Raphael de Almeida
 - INAMPS - Hésio Cordeiro
- No interior do MPAS - divergência de posições e interesses;
- Divergências na compreensão sobre a condução da reforma:
 - “reforma pelo alto” - “reformistas da saúde” - unificação imediata;
 - “reforma por baixo” - “reformistas da previdência” - descentralização de poder para os estados;
- Dificuldades na negociação e na construção de propostas de consenso;

Grupos/Propostas	Dirigentes do MPAS	Reformistas da Previdência (maioria Inamps)	Reformistas da Saúde
1. Universalizar a assistência	Não. A assistência deve ser restrita aos previdenciários.	Sim. Todos têm direito à saúde.	Sim. Saúde é direito de todos e dever do Estado.
2. Unificar o setor saúde - Ministério Único	Não. Saúde e Previdência mantém organizações separadas.	Sim, mas gradativamente. A reforma deve ser “de baixo para cima”, sem a incorporação imediata do Inamps.	Sim, reforma “pelo alto”, com a transferência imediata do Inamps para a saúde.
3. Descentralizar as ações	Sim. Como forma de operacionalizar e racionalizar o sistema.	Sim. Estratégia de racionalização do sistema e de unificação.	Sim. Estratégia para unificação do sistema.
4. Integrar níveis de ação	Sim. Racionalização.	Sim. Racionaliza e unifica.	Sim. Estratégia para unificação.
5. Integralidade da assistência.	Não. A assistência à saúde é oferecida aos previdenciários conforme regras já existentes.	Sim. Em todos os níveis.	Sim, em todos os níveis de assistência.

A Transição democrática e a Nova República

- INAMPS - mobiliza recursos;
- Condução de políticas pelo INAMPS:
 - Formação de Comissões interinstitucionais estaduais, regionais, municipais e locais - amplo contingente de técnicos envolvidos com a reforma;
 - AIS II - política de expressão nacional - base para o posterior desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização (infra e gestão) - intensificação das AIS e POI;
- Pressões para a realização de uma Conferência Nacional de Saúde - VIII CNS (1986).

VIII Conferência Nacional de Saúde - 1986

- Participação expressiva de grupos sociais e diversos segmentos, mas pequena participação do MPAS;
- Propostas-chave:
 - universalização e igualdade no acesso à saúde;
 - reformulação do SNS;
 - constituição de um comando único do sistema;
 - transferência imediata do INAMPS p/MS;
 - separação dos recursos da previdência;
 - descentralização e participação popular.
- Indicativo para a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) c/vistas a subsidiar ANC 1987.

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) - 1987

- Contexto político de rearticulação dos grupos conservadores no governo;
- Convênios: estratégia para estadualização da gestão de serviços de saúde com transferência de funções federais, acompanhamento pela Comissão Interinstitucional e mantendo norma nacional.
- Diferenças entre estados, características dos municípios e postura frente à proposta SUDS;
- Comunhão de dissensos ou estratégia-ponte?
- “Reforma de baixo para cima” - apoio dos gestores estaduais e abafa conflito com dirigentes do MPAS e trabalhadores;
- Descontentes - reformistas da saúde, empresários da saúde e parlamentares;
- 88/89 - Dificuldades políticas - apoio CONASS/CONASEMS.

Assembléia Nacional Constituinte 87/88

- **Comissões prévias ao debate:**
 - Comissão Provisória de Estudos Constitucionais;
 - Comissão Nacional de Reforma Administrativa
 - Comissão Nacional de Reforma Tributária;
 - Comissão de Reestruturação da Previdência Social - Seguridade Social;
 - Comissão Nacional da Reforma Sanitária - Sistema Único de Saúde;

Assembléia Nacional Constituinte 87/88

- **Comissões prévias ao debate:**
 - Comissão de Reestruturação da Previdência Social - Seguridade Social;
 - Resistências em relação à proposta da Seguridade Social:
 - Trabalhadores e aposentados:
 - a assistência à saúde é um dever do Estado, devendo ser suprimida das obrigações da Previdência Social. A assistência médica deve ficar às custas do Estado e não da contribuição dos trabalhadores;
 - o INAMPS, como um patrimônio específico da Previdência Social, uma garantia daqueles que trabalham, não pode ser estendido a toda população, substituindo o papel do Estado.

Assembléia Nacional Constituinte 87/88

- **Comissão de Reestruturação da Previdência Social - Seguridade Social - 3 diferentes posições:**
 - Corporativa - recurso do trabalhador fica com o trabalhador;
 - Intermediária - a universalização deve ser atingida mas não como uma base exclusiva na receita de contribuições;
 - Defesa incondicional da universalização.

A Comissão finaliza sem um consenso político para o encaminhamento de uma proposta para a ANC.

Assembléia Nacional Constituinte 87/88

- **Comissão Nacional da Reforma Sanitária:**
 - Portaria assinada pela Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social;
 - Representantes: MS, MPAS, MEC, MT, M.Des.Urbano e Meio Ambiente, MC&T, MP, secretarias estaduais e municipais, SF, CD, centrais sindicais e patronais, prestadores de serviços privados, profissionais de saúde, coordenação das AM.
 - Objetivo: análise das dificuldades identificadas no funcionamento do sistema de saúde, no exame dos instrumentos de articulação entre os setores relacionados à saúde e na indicação de mecanismos de planejamento para o setor.
 - Reafirmação dos princípios do SUS e afastamento da discussão da seguridade social.

Assembléia Nacional Constituinte 87/88

- **ANC**
 - composição partidária do Plenário maioria conservadora;
 - Progressistas - grupos de trabalho da área social;
 - Conservadores - grupos de trabalho na área econômica e no planejamento.
- **Primeiro momento - o trabalho das subcomissões**
 - Nove comissões - dentre elas: Ordem Social;
 - Subcomissão: Saúde, Seguridade e Meio Ambiente;
 - Contexto favorável;
- **Segundo momento - a sistematização**
 - Reviravolta na composição política do governo e instabilidade;
 - Articulação do “Centrão”.

Subcomissão Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

- **Grupos de interesse:**
 - Reformistas da saúde e previdência (22,7% dos constituintes);
 - Setor privado contratado;
 - Setor privado autônomo (45,5% dos constituintes);
- **Pontos pacíficos:** universalização e descentralização.
- **Pontos de conflito:** estatização, setor privado, financiamento, comando único, seguridade social, sangue, capital estrangeiro e controle das importações.

Subcomissão Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

- **Financiamento - 3 problemas para negociar:**
 - Não havia uma proposta consensual mesmo entre os reformistas;
 - Resistência dos grupos mais conservadores e dos financistas com relação a definição de vínculos orçamentários;
 - Resistências dos trabalhadores e da previdência com relação à utilização dos recursos desta pasta.
- A proposta da Seguridade Social surge como uma resposta aos conflitos também nessa discussão.

Subcomissão Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

- **Seguridade Social - conflitos com o grupo reformista da saúde:**
 - Crítica à restrição do conceito de Seguridade a três setores sociais tradicionalmente relacionados à Previdência Social - indicativo de uma manobra para o fortalecimento do MPAS;
- Diferentes concepções de segurança circulavam no debate da ANC.

Subcomissão Saúde, Segurança e Meio Ambiente

- **Propostas aprovadas:**

- semelhança com as propostas da VIII CNS e CNRS;
- não enfrenta o conflito da proposta de segurança;
- propõe o SUS e a incorporação do INAMPS, desatrelando-o da Previdência;
- indicativo para a definição de um percentual fixo de recursos para a saúde - 25 a 45% do orçamento total da previdência social;

Comissão da Ordem Social e de Sistematização

- Cenário de fragilidade política no Estado;
- Recomposição política e fragilidade da aliança;
- *lobbies* privatistas foram intensificados;
- convencimento da proposta da Seguridade Social - a saúde intacta no interior desta.

Comissão de Sistematização

- Emenda coletiva do Centrão para defesa do projeto da seguridade - torna-se o principal articulador do projeto.

"O conceito de seguridade passou a ser aceito, talvez entendendo que assim se garantia o SUS, houve um acordo estratégico para se passar o que era mais fundamental" (Hésio Cordeiro).

Constituição Federal de 1988

Título VIII - Da Ordem Social

- Art.193 - A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

Capítulo II - Da Seguridade Social

- Art.194 - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à **saúde, à previdência e à assistência social**.

Constituição Federal de 1988

Art.195 - A seguridade social será **financiada por toda a sociedade**, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
- II - dos trabalhadores;
- III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

Política de proteção social de base universal e equanime – política redistributiva.

MODALIDADES DE PROTEÇÃO SOCIAL

Modalidades	Cobertura	Prestação	Financiamento
Assistência	Marginal	Ad-hoc	Fiscal
Seguro	Ocupacional	Contributivo/ Redistributivo	Contributivo
Seguridade	Universal	Homogêneo	Fiscal

Constituição Federal de 1988

Saúde

- “A saúde é **direito de todos e dever do Estado**,
- garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e
- ao acesso **universal** e igualitário às ações e serviços para sua **promoção, proteção e recuperação**” (art.196).

Diretrizes do SUS

As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes:

- 1 – **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo.
 - 2 – Atendimento **integral**, com **prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais**;
 - 3 - **Participação da comunidade**;
-
- O SUS será financiado com recursos do **orçamento da seguridade social**, da **União, dos estados, do DF e dos municípios**, além de outras fontes.
 - A assistência à saúde é **livre à iniciativa privada**.