

Revisitando a História da VIII Conferência Nacional de Saúde: raízes dos dilemas e desafios do SUS

Revisiting the History of the VIII National Health Conference: roots of SUS dilemmas and challenges

Pedro Reginaldo dos Santos Prata¹

¹Médico, Doutor em Epidemiologia Ambiental pela School of Environmental Sciences, UK, Mestre em saúde pública pela Leeds University, UK. Especialista em Políticas Públicas em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas e em Saúde da Família pela Birmingham University, UK. Chefe de gabinete da SES-RJ (1985-1986). Diretor do DECIT e Secretário Nacional Interino (SCTIE), Ministério da Saúde (2016). Professor Associado Aposentado UFBA. Pesquisador Visitante Bolsista ENSP-Fiocruz (2019).

RESUMO

Trata-se de um depoimento pessoal do autor, referenciado em relatórios, boletins e textos manifestos elaborados no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986. O texto revisita as plenárias e resoluções da VIII Conferência, ressaltando os movimentos de consenso e dissenso e suas determinações políticas e sociais. Discute o conceito de universalidade na saúde, a proposta de estatização da saúde pública e as dimensões do SUS como Sistema ou como Serviço Unificado de Saúde. Por fim, lança o desafio da possibilidade de construção de um Serviço Estatal de Saúde Unificado, eficaz no acesso e na resolutividade para que a demanda por planos de saúde deixe de existir.

ABSTRACT

This is a personal statement by the author, referenced in reports, bulletins and manifest texts prepared within the scope of the VIII National Health Conference, held in Brasília in 1986. The text revisits the plenary sessions and resolutions of the VIII Conference, highlighting the consensus movements and dissent and its political and social determinations. It discusses the concept of universality in health, the proposal to nationalize public health and the dimensions of SUS as a System or as a Unified Health Service. Finally, it challenges the possibility of building a State Unified Health Service, effective in access and resolving issues so that the demand for health private plans ceases to exist overtime.

Por que revisitar a história da VIII Conferência Nacional de Saúde 33 anos depois?

Muito tem sido publicado a respeito da criação do SUS, e de um suposto consenso no âmbito da VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), bem como sobre sua história após 1986. Mas nada é dito sobre o dissenso naquela Conferência, considerando as contradições do contexto político que antecederam a Nova República em 1985¹. Por isso, este depoimento pessoal, porém referenciado.

Após a 8ª Conferência em 1986, aconteceu a segunda eleição direta para governadores, a primeira foi em 1982 durante o último governo militar e, em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte. E isto foi de crucial importância para o desenho dos novos caminhos da saúde pública no Brasil. Em que e como foi importante? Desvendar os caminhos que foram ou poderiam ter sido trilhados no passado é o primeiro passo para compreender por que o SUS resultou no que é hoje e reconhecer a sua fragilidade. Questionar não é desistir do princípio básico do direito à saúde. Assim como, a Reforma Sanitária, resultante da VIII CNS, não pode ser inquestionável e nem o capítulo da saúde do texto constitucional dela resultante, intocável, como se um livro sagrado fosse.

Apesar das evidentes limitações do SUS, muitos dos seus defensores apenas questionam seu financiamento e o montante de recursos orçamentários a ele destinados, como se esta fosse a única razão dos seus problemas. Isto é muito pouco para o tamanho do desafio de proporcionar acesso a serviços públicos de saúde com qualidade e eficácia, legitimado como direito inalienável, que justifique os impostos pagos pela população para o seu financiamento. E se sua confiabilidade estivesse assegurada não haveria demanda por planos de saúde privados, tanto por indivíduos quanto por sindicatos e associações.

Os profissionais de saúde poderão vir a sentir orgulho de trabalhar no SUS? Terão planos de carreira que assegurem sua dedicação e compromisso, tal como se deu no judiciário brasileiro, por exemplo?

Ao contrário do que muitos pensam, dizem e escrevem a aprovação do relatório da VIII CNS não foi consensual e o texto resultante da Comissão da Reforma Sanitária no Congresso, pré-constituente, foi conservador em relação às propostas discutidas naquela histórica e marcante Conferência Nacional

de Saúde. Ao contrário também do que se afirma o acesso à atenção à saúde pré SUS existia para todos, embora em redes não unificadas.

O arcabouço jurídico para a garantia da saúde como dever do Estado, teve seu pioneirismo na Lei 2312 de 3 de setembro de 1954, nos artigos 1º, que definiu as normas gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde, e no artigo 3º que previu a assistência médico-sanitária, hospitalar e medicamentosa a todos os brasileiros². Esta Lei foi regulamentada pelo Código Nacional de Saúde, decreto 49974-A de 21 de janeiro de 1961³. Estados e municípios promoviam ações de saúde na atenção básica e de urgência e emergência, embora com distribuição desigual entre eles. A Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP) provia atenção básica e de média complexidade, além do saneamento básico, desde os anos 40, principalmente na região Norte e com importante expansão para outras regiões nos anos 60 (predominante nas Regiões Norte, Nordeste e no Estado de Minas Gerais). Durante os governos pós 64 a expansão da assistência médica de média e alta complexidade passou a ocorrer para os seus segurados principalmente através da privatização, por meio de convênios com o então criado Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Na época pré-SUS havia a rede do INAMPS (própria estatal e privada conveniada) para os empregados formais com carteira de trabalho assinada e autônomos. Na concepção de hoje podemos entender o INAMPS como um plano de saúde estatal. Tanto para os segurados do INAMPS, quanto para os não empregados e trabalhadores informais, havia o acesso às redes estaduais e municipais de saúde e hospitais de emergência além da FSESP. Tal como hoje, havia diferença no acesso entre municípios. As unidades do INAMPS se concentravam nas capitais e áreas urbanas de grande porte, onde também se concentram os empregos formais. Havia também os serviços prestados por redes ligadas a hospitais filantrópicos como as Santas Casas de Misericórdia, os Hospitais Universitários, Hospitais dos Servidores Públicos, como o IASERJ no Rio de Janeiro e o Hospital dos Servidores Federais, onde até os Presidentes da República se internaram. Havia hospitais especializados como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Instituto de Infectologia e a Rede Sarah, ainda existente com êxito em sua gestão. Portanto, o acesso existia, embora não fosse ofertado em uma rede única de serviços.

Uma vez criado o SUS, a rede própria e a conveniada com o INAMPS foi incorporada em sistema único, passando a dar acesso também aos desempregados e informais. No âmbito do Ministério da Saúde, ressaltamos a histórica experiência brasileira na prevenção, vigilância e controle de vetores e doenças imunopreveníveis, como as campanhas de vacinação, que deixaram como legado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Vigilância Epidemiológica, como práticas institucionalizadas.

Considerando esta experiência construída historicamente, a ser resgatada pela redemocratização e renunciando a experiência privatizante dos governos militares, iniciada com o Plano Leonel Miranda em 1968, o processo de redemocratização dava a muitos de nós a confiança de que um “Serviço Nacional de Saúde Estatal” seria possível. Teria viabilidade política e capacidade concreta de operacionalizar a atenção à saúde universalizada e se expandir para áreas de menor cobertura. Em que pese reconhecer a sua complexidade política, o que se passou que impediu a estatização do setor público de saúde no Brasil?

No cenário da VIII CNS temos como relevantes atores políticos do Movimento da Reforma Sanitária: O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, fundado em 1976, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, fundada em 1979, e diversos movimentos de trabalhadores de saúde e associações, além de sindicatos e partidos políticos.

Também foram importantes os governos estaduais eleitos para o período 1983-1987. O então Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Eduardo de Azeredo Costa, professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), relatou que, em 12 de julho de 1983, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), por meio da “Carta de Brasília”, propôs a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, para unificar a medicina preventiva e curativa. E o mesmo CONASS, pouco depois, entre 17 e 18 de outubro de 1983, em Brasília, aprovou por unanimidade a proposta dos secretários da Região Sudeste de unificar, descentralizar e democratizar o setor público, como meta institucional de um governo de transição democrática⁴.

Também trouxeram questionamentos importantes para o modelo constituinte do SUS outros atores como a Fundação Sarah e a FSESP, a primeira foi preservada pela resistência e persistência

de seu diretor Dr. Aloysio Campos da Paz, com diferenciada atuação de excelência no setor público até hoje, e a segunda, que poderia ter servido de alicerce para a expansão de um serviço público de saúde integrado, em seus níveis de complexidade, foi extinta e substituída pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com atuação restrita a saúde indígena e sem a mesma estrutura.

O debate de propostas alternativas para os serviços de saúde no Brasil, avaliadas por diferentes atores, cada um com sua ótica, algumas complementares outras não, mostrou, como veremos, que não havia consenso sobre a agenda da VIII CNS, proposta pelo Movimento da Reforma Sanitária. Desta forma, o contraponto de agendas e experiências entre os sanitaristas se acentuou: havia os que atuavam em governos estaduais legítimos, que tinham o compromisso com a saúde pública e preocupação imediata com os desafios da gestão e que optaram por uma agenda reformista e estatizante e aqueles do chamado “movimento da reforma sanitária”, que atuavam, principalmente, no meio acadêmico, em aliança circunstancial com a chamada Nova República e que priorizavam a constituinte como instrumento estruturante do que viria a ser o SUS.

Entretanto, a experiência de alguns governos estaduais desde 1983, que tinham a responsabilidade de dar respostas imediatas aos problemas de saúde da população e de resolver os desafios da atenção à saúde nos serviços estatais de saúde, demandam a utilização de instrumentos legais e administrativos de imediato para reformar a saúde, sem adiar para a constituinte. A criação do Serviço Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, foi um exemplo da unificação imediata nos Estados, a estadualização, pois havia legitimidade e não municipalização, pela legitimidade questionável de governos em mandato tampão e pelo risco de pulverização das ações, como veio a ocorrer após a criação do SUS. Hésio Cordeiro defendia⁵⁻⁶, a organização unificada com base no território (territorialização). O grupo da saúde do PDT, partido inesperadamente eleito para o Governo do Rio de Janeiro, teve papel importante para a proposição de estatização dos serviços públicos de saúde, levada para discussão na VIII CNS.

Por outro lado, sanitaristas que atuavam junto ao Governo da Nova República e na academia (CEBES, ENSP/Fiocruz, entre outras) entendiam a VIII CNS como uma pré-constituinte para garantir a conquista constitucional da saúde como direito.

Este direito de cidadania unia ambos os grupos, tal a sua legítima importância, em que pese, no entanto, as diferenças de estratégia que tomou conta do debate sobre as propostas divergentes durante a VIII CNS. O Movimento da Reforma Sanitária, que se tornou hegemônico, pretendia ter sua proposta aprovada por consenso, com o apoio de movimentos progressistas, como o CEBES e o PCB. Deste modo, durante a VIII CNS fizeram um esforço para que fosse retirada do debate na plenária, em nome do consenso, a proposta de estatização. Entendermos que vivíamos um contexto favorável para a sua viabilização e que caberia ao Congresso constituinte o desgaste de modificar esta proposta e não a VIII CNS propor uma alternativa, ao nosso ver, “conservadora”. Por entender que isso enfraqueceria a proposta a ser levada ao Congresso, decidimos manter a proposta de estatização.

As diversas propostas levadas para a plenária, na medida em que amadurecem nas discussões nos grupos temáticos, foram anotadas pelo autor deste depoimento no texto distribuído para a votação e postas para deliberação.

A agenda “dissidente”, tanto na VIII CNS, quanto na Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada de 13 a 17/10/1986, da qual fui um dos relatores⁷, visava essencialmente um “SUS” como Serviço Unificado Estatal e não um “SUS” como um Sistema, onde o setor privado fosse regulado através de concessões ou contratado por meio de convênios, como era o modelo do INAMPS.

A agenda do Movimento da Reforma Sanitária, como veremos, estava pré-datada. Em texto de autoria de Sergio Arouca⁸, Presidente da VIII CNS, divulgado antes da Conferência, no item *Financiamento* consta: “outro ponto em debate é a destinação dos recursos previdenciários alocados a assistência médica. Para tal é necessária uma revisão da relação do INAMPS com a iniciativa privada. Torna-se imprescindível um novo pacto ético-moral ... o empresário na área de saúde será apenas um concessionário temporário...”. Na mesma linha, também antes da VIII CNS, Sônia Fleury⁹ afirma que uma alternativa à compra de serviços pelo INAMPS “seria a concessão pública (...) sendo preciso avaliar a aplicabilidade da experiência em transportes e telecomunicações ao setor saúde”. Da mesma forma o CEBES e a ABRASCO¹⁰ defendiam

em documento pré-conferência a redefinição do padrão atual de relacionamento entre os setores público e privado através de contratos de direito administrativo de concessão.

A concessão como instrumento de regulação do setor privado, portanto, foi acordada pelos atores destes setores organizados da saúde coletiva previamente a VIII CNS. Estaria assim a estatização, como proposta, a priori descartada, até porque a composição dos delegados com direito a voto refletia estes setores, daí a ênfase no consenso.

Entretanto, durante a VIII Conferência foi distribuído um manifesto¹¹ apoiado por grupos políticos a favor da estatização do setor e contrários a manutenção deste setor como concessão. Este Manifesto foi resultado das discussões acerca da proposta original do PDT e foi assinado pela CUT, PDT, PT, Associação Nacional de Assistentes Sociais (ANAS), MORHAN, FENASPS, Serviço de Orientação da Família (SOF), Associação Niteroiense de Deficientes Físicos, Movimento Popular de Saúde da Zona Leste (SP), Movimento Popular de Saúde e Conselho Popular de Saúde de São João de Meriti (RJ), Movimento Popular de Saúde da Vila Curuçá (SP), Poder Popular (RJ), Associação de Médicos Sanitaristas (SP), Associação Paulista de Saúde Pública, Associação dos Educadores de Saúde Pública e Centro Acadêmico Sarmiento Leite da UFRGS. Isto repercutiu entre os delegados nos vários grupos de trabalho. Os grupos de trabalho eram divididos por temas e um dos temas intitulava-se reformulação do Sistema Nacional de Saúde, portanto, a concepção abstrata de um Sistema e não de um Serviço Nacional de Saúde já era concebida pelos organizadores¹².

A proposta de estatização do SUS

A proposta de estatização foi discutida em todos os grupos, mas principalmente no grupo que tratou do financiamento (tema III) e da natureza do sistema de saúde (Tema II). De tal forma que, no relatório do grupo¹³ optou-se por um Sistema Público Estatal Socializado, com cessação de repasse de recursos financeiros estatais para a iniciativa privada e a encampação de serviços privados sempre que se julgar necessário. Esta proposta de estatização repercutiu favoravelmente entre os participantes nas arquibancadas do estádio, onde se realizou a Conferência, entretanto estes participantes não tinham direito a voto e

eram compostos na maioria por agentes comunitários de saúde. A proposta de estatização foi levada a votação entre os delegados, através de destaques de viva voz, cujas anotações feitas a mão no texto matriz, ilustram o debate ocorrido¹⁴⁻¹⁵. Segue o relato destes destaques.

No relatório apresentado para votação no tema referente à Reformulação do Sistema Nacional de Saúde constava no 1º item a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que efetivamente representasse a construção de um novo arcabouço institucional. Neste item foi proposto um destaque para acrescentar o termo Público após o termo SUS, pois já se antevia aqui a natureza do SUS como público para se propor adiante sua natureza estatal. Este destaque não foi aprovado. Foi também proposto a retirada do trecho que apresentava a regulamentação das normas da relação do setor público com o privado. Tendo em vista, a proposta de que o setor público viesse a ser estatizado, esta regulamentação seria desnecessária. O setor privado seria uma questão de consumo para quem quisesse, como opção individual e não como prestador de serviço ao SUS.

Também houve um destaque modificando o texto que mencionava o “controle efetivo” do cumprimento da carga horária contratual. Nos parece inapropriado o texto definir como reformador o cumprimento da carga horária formal de trabalho, isto era a constatação de uma distorção sem propor uma alternativa como solução. Foi então proposta que a carga horária integral com dedicação exclusiva como opção estruturante, a ser acompanhada de um plano de carreira federal para o setor estatal. Não aprovado. Posteriormente na Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, o Plano de Carreira de Estado com dedicação exclusiva (DE), onde coubesse e já previsto na lei de 1954 voltou ao debate, não prevalecendo na constituinte.

O texto em seguida fez menção a três opções de redação. A redação 1, reconhecia ser o cuidado à saúde uma ação não lucrativa e um dever do Estado e propunha uma estatização progressiva do sistema. A redação 2, definia que o objetivo seria a imediata e integral estatização do sistema de saúde e, a redação 3, definia que o principal objetivo a ser alcançado seria a integral gestão pública dos prestadores de serviço. Foi proposta a imediata estatização do setor saúde prevista na opção 2 e a rejeição das opções 1 (estatização progressiva) e a rejeição da opção 3 (gestão pública dos prestado-

res privados). Defendemos que qualquer concessão por parte do movimento sanitário implicaria em inviabilizar uma estatização futura. A opção 3, que definia que o principal objetivo a ser alcançado seria a integral gestão pública dos prestadores de serviço foi a que prevaleceu.

No texto de votação dos itens 13 e 14, que definiam a relação da rede pública com a rede privada prestadora de serviços, foi apresentado que esta relação deveria fundamentar-se no controle efetivo sobre estes serviços implicando na redefinição da modalidade de remuneração para “minimizar” as conhecidas distorções. Admitia-se assim a impossibilidade de evitar distorções mantida esta modalidade. Foi proposto e não aprovado a retirada destes itens. Sabemos hoje que a forma de remuneração por procedimento se manteve com todas as distorções daí decorrentes.

A proposta do item 15, que no original mencionava a possibilidade de intervenção governamental sempre que fraudes fossem detectadas podendo chegar até a estatização. Além da suspensão dos contratos foi proposto e rejeitado, como vimos anteriormente, a desapropriação das unidades privadas que se fizessem necessárias de acordo com critérios de regionalização e hierarquização para não desapropriar o desnecessário ou onde já houvesse rede estatal suficiente. Desta forma seria possível garantir a continuidade e melhoria da assistência, onde a rede própria fosse inexistente ou deficitária.

Propôs-se também a suspensão dos contratos existentes, previsto na Lei 6229 de 17/07/1975 que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), composto por um “complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse da saúde”¹⁶ e com incentivos fiscais. Esses contratos teriam sido feitos com as chamadas “trambiclínicas”, nas palavras de Carlos Gentile de Mello. Construídas e implantadas com recursos públicos e com “clientela” garantida de pacientes vinculados ao INAMPS. Uma vez que tenham sido implantadas com recursos públicos e assim se mantinham bastaria mudar o gestor privado para o público, sem indenização. Não foi este, entretanto o entendimento que prevaleceu na VIII CNS, sendo considerado não haver condições sociopolíticas para tal suspensão. Embora tenha sido proposto que as AIS (ações integradas de saúde) fossem uma estratégia para a implantação imediata do SUS estatal. No documento original foi proposto a estatização gradual de setores es-

tratégicos na área de produção de insumos como imunobiológicos, sangue e derivados, este com a sua estatização imediata, até porque a experiência de estatização do setor de sangue e hemoderivados já estava em curso no Estado do Rio de Janeiro e era reconhecida a experiência no desenvolvimento de imunobiológicos por Bio Manguinhos, pelo Instituto Butantã e Instituto Vital Brasil.

No item 19 do documento havia duas opções quanto a propaganda, principalmente de medicamentos: uma que estabelecia seu controle e fiscalização (redação 1) e outra sua proibição (redação 2), sendo esta última a opção alternativa proposta.

No texto que mencionava a dívida externa e sua implicação para a alocação de recursos para o setor saúde também houve duas opções de redação: redação 1, que propunha o não pagamento e redação 2, a sua negociação soberana. Foi proposto o voto na primeira opção bem como um item adicional em que se diz que deveria ser suspenso imediatamente o repasse de recursos públicos para rede privada de saúde, ambas proposições não aprovadas.

O documento em seu item 12 apresentou somente a demanda da eleição de uma assembleia nacional constituinte e a eleição direta para Presidente. Se assim fosse esta teria ocorrido com a promulgação da nova constituição e não somente, como ocorreu, em 1989. Mas isto não estava nos planos dos que apoiavam a Nova República, pois implicaria na redução do mandato indireto de José Sarney, que como Presidente da República prestigiou a abertura da VIII CNS, recebendo aplausos mais do que protocolares; muitos o aplaudiram de pé, demonstrando o apoio que naquele momento a Nova República tinha de boa parte dos delegados. Ainda no item 12, foi originalmente proposto estimular a organização da população e sua interferência nos núcleos decisórios, através de conselhos, com uma redação alternativa que substitui o “estimular a organização” por “garantir este direito de participação”, tendo em vista experiências em curso, como a do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Não foi aprovado.

Como vimos estas propostas alternativas não foram aprovadas pelos delegados, sendo que a maior parte das manifestações de apoio partiu dos participantes não votantes. É de se ressaltar que dos aproximadamente 4000 participantes apenas ¼ (25%) eram delegados com direito a voto.

A versão do relatório distribuída logo em seguida reconheceu que a questão que mais mobilizou os delegados foi a natureza do SUS, se estatizado ou não e, se a estatização deveria ser de forma imediata ou progressiva. Com a recusa da proposta de estatização ficou claro que a participação do setor privado deveria ser de forma concedida, retomando, portanto, a agenda inicial acordada antes mesmo da Conferência, como salientamos anteriormente.

O relatório reconhece, entretanto, que foi aprovada na assembleia a estatização da indústria farmacêutica. No entanto, a comissão de redação entendeu que isto conflitaria com o aprovado anteriormente: não estatização do setor saúde, desconsiderando a proposição e demandando discussão mais aprofundada tendo em vista a contradição apontada.

Encerrada a VIII CNS seu documento serviu de base para os trabalhos junto ao Congresso Constituinte na Comissão Nacional da Reforma Sanitária. A importância do que se passou nesta Comissão está relacionado com o que foi aprovado posteriormente na constituinte. Em 20/04/1986, o Jornal Estado de São Paulo publicou texto do Presidente da Associação Médica Brasileira, Nelson Guimarães Proença, sobre o debate ocorrido durante a VIII CNS a respeito da estatização intitulado “Estatização da medicina não passará”, note que o que se debateu não foi a estatização da medicina, mas o estabelecimento de um serviço público de saúde estatal.

O texto constitucional sobre a saúde e a saúde como direito

O resultado foi que o texto constitucional sobre a saúde¹⁷ foi mais conservador do que aquele aprovado na VIII CNS. Basta ver que o art. 197 da Constituição, embora incorpore elementos do relatório, não menciona a concessão pública aprovada na VIII CNS e sim que as ações de saúde podem se dar através de pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Isto fica mais evidente no Art. 199, parágrafo 1º: o setor privado pode participar mediante contrato ou convênio, tal qual a natureza do antigo INAMPS.

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos

O Art. 198 que trata da natureza do SUS explicita que embora de relevância pública, pode ter seus serviços prestados por terceiros, quer pessoa física ou jurídica.

Portanto, essencialmente, se manteve a natureza do antigo INAMPS, no que se refere a prestação de serviços pelo setor privado. Estes serviços são operacionalizados através de contratos e convênios, conforme regulamentado pela Lei 8080 de 19/09/1990, mesmo os considerando de natureza complementar¹⁸.

Outra questão fundamental no capítulo 196 da Constituição é a afirmação da “saúde direito de todos e dever do Estado”, sem considerar o dever compartilhado com o cidadão e a Lei de 1954, já previa o compartilhamento com a família. Este dever compartilhado foi, entretanto, definido na Lei 8080¹⁹, mas a supremacia constitucional sobre o dever do Estado tem respaldado a judicialização da saúde, gerando contraditoriamente desigualdade da atenção à saúde pela distorção da individualização das ações definidas pelo judiciário.

Sendo assim, visitar o passado não se resume a nostalgia de quem foi testemunha e ator, mas representa uma forma de desafiar as novas gerações para que construam uma saída melhor para os impasses e contradições que vivemos hoje, garantindo um futuro melhor para a atenção a saúde da população, sem ficarem presos a uma visão de defesa do SUS acrítica, dogmática e mecanicista.

A saúde poderá vir a ser um serviço público e um direito de cidadania, operacionalizada por um SUS com credibilidade, legitimidade e eficiente para

todos? Ou continuará a ser vista como mercadoria e um direito do consumidor, direito este exercido através dos seguros de saúde privados e nem mais um seguro estatal como era o INAMPS. Hoje o acesso “complementar” a planos de saúde se dá como reivindicação de categorias profissionais, corporações sindicais e de servidores públicos, até mesmo da área saúde, já que, na prática, a concepção de saúde como direito de cidadania não foi incorporada pela sociedade. Ressalto que sindicatos e associações inclusive do setor público, demandam planos de saúde com as melhores coberturas tendo a “conquista” de um “direito” diferenciado, considerado por suas categorias. Até os Presidentes da República passaram a utilizar os serviços de hospitais vinculados a planos executivos “top”. A cultura está muito mais vinculada ao mercado facilitando o acesso a serviços de saúde do que a um direito garantido pelos impostos. O SUS é visto como alternativa para quem não tem a opção dos planos sendo, portanto, para aqueles que “dependem do SUS”.

Que alternativa temos hoje para dar um salto de qualidade e de credibilidade nos serviços?

A estatização era muito mais factível no final dos anos 80 e não foi proposta pela VIII CNS. Seria possível e viável hoje o resgate desta concepção da saúde como direito? Para a expansão da rede própria estatal ainda temos os serviços privados nos moldes do passado, agora conveniados com o SUS. Temos a terceirização da gestão através das OSs e ONGs. Mas não temos mais a estrutura federal de dedicação exclusiva como a FSESP. Teremos que buscar alternativas fora do modelo atual de um Sistema, que operacionalmente não é nem único, nem unificado. Como construir um Serviço Estatal de Saúde Unificado eficaz no acesso e na resolutividade para que a demanda por planos de saúde deixe de existir? Como aproveitar o enorme capital tecnológico e humano presente nos serviços “complementares” que atendem à demanda destes segurados hoje? Diferentemente dos serviços conveniados no passado com o seguro saúde estatal (INAMPS) estes não são estatizáveis por serem um sistema privado, propriamente dito. No cenário atual, em que o setor estatal está desacreditado e que falta confiança nas instituições político-governamentais e de representação parlamentar, agravado pela distorção individualista da judicialização da saúde, um Serviço Público de Saúde concreto no lugar de um Sistema abstrato ainda é possível? Espero que sim. Este é o nosso desafio.

REFERÊNCIAS

1. Costa EA. Eduardo de Azeredo Costa: depoimento - set. 2016. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 30 anos depois. Uma memória crítica. Seminário dos 30 anos da VIII CNS na Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP. Rio de Janeiro, 2016.
2. Lei 2312 de 3 de setembro de 1954. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L2312.htm. Acesso em 23 nov 2020
3. Decreto 49974-A de 21 de janeiro de 1961. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-publicacaooriginal-1-pe.html>
4. Costa EA. Unificando a Saúde. Outubro de 1983: *Jornal Última Hora*.
5. Cordeiro H. A saúde perdeu um pouco das suas bandeiras. *Radis*. 2011; 102:18-21.
6. Cordeiro H. A Conferência e seus três temas básicos. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Boletim Informativo*. 1986; (2):4.
7. CNRHS, Relatório Final, 13 a 17 de outubro 1986, MS. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf
8. Arouca AS. A Conferência e seus três temas básicos. 8ª Conferência Nacional de Saúde; *Boletim Informativo*. 1986; (2):2-3
9. Fleury S. A Conferência e seus três temas básicos. 8ª Conferência Nacional de Saúde; *Boletim Informativo*. 1986; (1):5.
10. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Propostas da ABRASCO para a VIII CNS, Brasília, 17 a 21 de março. 4 p. 1986 (Documento impresso original).
11. VIII Conferência Nacional de Saúde. Aos participantes da VIII CNS. Manifesto de Partidos e Entidades associativas. 1986. (Documento impresso original).
12. VIII Conferência Nacional de Saúde. Roteiro mínimo de questões para discussão em grupo. Tema I: Direito à Saúde. Tema II: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Tema III: Financiamento. 18 de março de 1986. 3 p. (Datilografado, documento original).
13. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Consolidado dos Trabalhos de Grupo, Tema I: Direito à Saúde. 21 de março de 1986. 5 p. (Datilografado, com anotações manuais do autor; documento original).
14. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Básico do Grupo 1, Tema II: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 21 de março de 1986. 2 p. (Datilografado, com anotações manuais do autor; documento original).
15. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Consolidado dos Trabalhos de Grupo, Tema II: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 21 de março 1986. 6 p. (Datilografado, com anotações manuais do autor; documento original).
16. Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128430/lei-6229-75>
17. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Consolidado dos Trabalhos de Grupo, Tema III: Financiamento. 21 de março de 1986. 2 p. (Datilografado, com anotações manuais do autor; documento original).
18. Capítulo da Saúde da Constituição Federal. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constfed.nsf/16adba33b2e5149e032568f60071600f/171f51d63db822a703256562006e66bc?OpenDocument>
19. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm