

EVOLUÇÃO DAS PROPOSTAS CONSTITUCIONAIS PARA A ÁREA DA SAÚDE NA CONSTITUINTE DE 1987-88

Lucas Nascimento Ferraz Costa¹

Resumo: O objetivo deste artigo é analisar comparativamente a evolução das propostas constitucionais que regularam os setores público e privado na área da Saúde, ao longo do processo constituinte de 1987-88. Sustentamos que o projeto elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) orientou os debates nesta área, neutralizando a ação reformadora dos projetos mais radicais e antagônicos, representados de um lado pelo grupo estatizante do movimento sanitarista e por outro pelos grupos alinhados aos interesses privados, expressos sobretudo pelo Centrão. Demonstramos esta dinâmica de neutralização por meio de análise empírica dos anteprojetos e documentos constitucionais, a qual indica a manutenção dos dispositivos dotados de elementos conciliatórios e a superação daqueles mais controversos.

Palavras chave: Política Comparada; Constitucionalismo; Saúde; Constituinte 1987-88

Recebido em: 12/09/2018

Aceito em: 28/11/2018

¹ Pós-doutorado em Ciência Política FGV/EAESP; Pesquisador vinculado ao Centro de Política e Economia do Setor Público (CEPESP); Pesquisador financiado pela FAPESP (2018/05607-4). E-mail: lucasncosta@gmail.com

EVOLUTION OF THE CONSTITUTIONAL PROPOSALS FOR THE HEALTH CARE AREA IN THE CONSTITUENT OF 1987-88

Abstract: This objective of this paper is to analyze comparatively the evolution of the constitutional proposals that regulated the public and private sectors in the Health Care area, during the constitutional drafting process of 1987-88. We support that the project drafted by the Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) (National Commission for Health Care Reform (NCHR)) guided the debates in this area, neutralizing the reformer actions of the most radical and antagonistic projects, represented on the one hand by the statist group of the health movement and on the other by groups aligned with private interests, expressed mainly by the Centrão. We demonstrate the occurrence of this neutralizing dynamic through empirical analysis of preliminary projects and constitutional documents, which indicates the maintenance of devices equipped with conciliatory elements and the overcoming of those more controversial.

Keywords: Comparative politics; Constitutionalism; Health Care; 1987-88 Constituent

Introdução

As agendas social e democrática registraram profundas marcas no mais recente processo de constitucionalização brasileiro. Trinta anos após sua promulgação, a Carta de 1988 segue sendo o produto de um dos processos constituintes mais participativos da história. Como consequência de sua abertura à participação de atores e interesses diversos, o processo constituinte de 1987-88 inaugurou o que os estudos constitucionais comparados têm identificado como um “novo constitucionalismo latino americano”, cuja característica mais marcante é a amplitude da agenda constitucional (Gargarella, 2014). Os processos constituintes na América Latina, a partir do final dos anos 1980, têm desafiado a tradicional concepção sobre o que deve ou não ser constitucionalizado. Tudo passou a ser objeto de constitucionalização. Este novo paradigma reflete as relações de forças forjadas pelas características institucionais destes processos: em resumo, maior participação pública introduziu mais atores tornando o consenso constitucional objeto de negociações mais complexas, as quais envolveram a consideração de uma agenda de interesses mais extensa, que pressionou os constituintes a adotarem um documento mais detalhado, afeito às variadas demandas que lograram poder político até então limitado.

Entre os interesses que receberam um nível de atenção inédito na história constitucional brasileira, destacam-se os direitos sociais, sendo a área da Saúde provavelmente sua expressão mais notória (Autor, 2014). As consequências da constitucionalização de um sistema de saúde público, gratuito e universal, bem como as características que o definem, seguem sendo objeto de debates, sobretudo no que diz respeito ao papel dos setores público e privado. O objetivo deste artigo é fornecer um suporte à este debate, por meio de uma análise comparada da expressão normativa da relação entre esses setores em todos os anteprojetos constitucionais elaborados em cada fase da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), bem como dois outros documentos, cujas características antagônicas entre si, definiram a dinâmica de interesses na área da Saúde. Embora esta divisão entre os setores preceda a própria Constituinte, foi nela que se concentraram com dramaticidade as demandas frustradas de décadas do movimento sanitarista, o qual preconizava oportunidade única de constitucionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS), superando as mazelas sanitárias da população brasileira, até então combatidas por tímidas, incipientes e fragmentadas iniciativas do Poder Público.

Na Constituinte estabeleceram três correntes atuando na área da Saúde: 1) Movimento Sanitarista: representado pelas entidades que buscavam a Reforma Sanitária através de uma proposta de universalização e fortalecimento do setor público de saúde. O lobby dos sanitaristas contou com uma organização bastante sólida, a ponto do então Presidente José Sarney declarar que o movimento constituiu uma “verdadeira pré-constituinte”. Eleutério Rodriguez Neto, José Gomes Temporão e Scorel Sarah afirmam que a área da Saúde “foi o setor que conseguiu chegar à Assembléia Nacional Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que

continha o ideário do movimento sanitário” (Rodriguez Neto, Temporão e Sarah, 2003: 51); 2) Setor privado: objetivo era privilegiar a iniciativa privada na área da Saúde e foi representado por entidades vinculadas às formas corporativas de comercialização dos serviços de saúde, como Unimed, Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Instituto de Estudos dos Problemas Contemporâneos da Comunidade (IPCC); 3) Grupo institucional: representado pelo Ministério da Saúde e, sobretudo pelo Ministério da Previdência Social, o qual buscava manter seu papel central de administrador da saúde brasileira por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (Rodriguez Neto, 1994; Rodriguez Neto, Temporão, Sarah, 2003).

Sustentamos que a proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), elaborada na fase pré-constituente, orientou a agenda de debates na área da Saúde, estabelecendo de início as bases do que viria a ser o capítulo da Saúde na Constituição de 1988. A CNRS materializou o lobby do Movimento Sanitarista na Constituinte, constituindo-se como o braço normatizador de um projeto iniciado com a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde (VIII CNS), em março de 1986, cujo principal objetivo fora organizar as diretrizes para a formação de um Sistema Único de Saúde baseado no princípio da universalização do acesso aos serviços de saúde.

A CNRS não foi capaz de solidificar um projeto consensual regulando a relação entre os setores público e privado, pois abarcava grupos de ambos, razão pela qual elaborou uma proposta que acomodava todos esses interesses. Ao tentar conciliar interesses distintos, ou opostos, a CNRS afastou-se das recomendações mais estatizantes da VIII CNS², desagradando os sanitaristas, mas também o setor privado, o qual defendia um projeto mais privatizante. Mas, exatamente por não agradar integralmente nenhum dos setores, foi responsável pela produção de um projeto definido pelo seu realismo político. Os próprios membros da CNRS reivindicaram a reforma de seu projeto, defendendo a retomada de resoluções da CNS. Alguns dispositivos seriam modificados como objeto da pressão de grupos de interesse por uma definição mais estatizante do SUS, outros avanços seriam freados, em consequência da reação conservadora, expressa, sobretudo, pelo Centrão. O resultado final consolidou as principais teses da Reforma Sanitária e satisfez os setores público e privado.

Nosso artigo contribui com a literatura apresentando a evolução das propostas constitucionais ao longo do processo, bem como sua correspondência com os interesses defendidos pelos principais atores. Nossa análise fornece, portanto, uma narrativa em movimento

² O relatório elaborado pela VIII Conferência Nacional de Saúde recomendava a estatização progressiva do sistema único de saúde, admitindo a participação do setor privado em caráter complementar, mas apenas mediante contrato de direito público. Defendia a estatização da indústria farmacêutica, embora sua comissão de redação admitisse que esta proposição “aprovada na Assembleia Final, conflita com esse posicionamento geral [de participação do setor privado], por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada” (SAÚDE, 1986, p. 2–3).

sobre a constitucionalização dos direitos na área da Saúde. Trata-se de uma abordagem que supera o caráter estático das análises normativas tradicionais, as quais, seja para avaliar o sucesso comparado dos diferentes atores, ou como a política de saúde avançou historicamente, consideram apenas o retrato final, isto é, a constituição. Consideramos a constituição apenas o resultado final de um processo com variadas fases, cada qual com características específicas e resultados preliminares distintos. Ao mostrarmos como os interesses foram modificados ao longo do processo fornecemos uma base empírica a partir da qual é possível atribuir as forças relativas dos atores em cada momento, compreendendo como os interesses se fortaleceram ou enfraqueceram e por influência de quais variáveis.

Na próxima sessão analisamos as características institucionais de cada fase da ANC, bem como suas consequências para a ação dos atores em torno da divisão entre os setores público e privado na área da Saúde. Apresentamos o resultado do jogo de interesses (quem perdeu e quem venceu em cada fase) por meio da análise comparada da evolução dos dispositivos constitucionais que definiram a relação entre público e privado, em cada fase da ANC. Encerramos o artigo argumentando que a predominância do documento elaborado pela CNRS foi resultado de uma dinâmica de neutralização dos interesses opostos, demonstrada neste artigo por meio da evolução dos documentos elaborados.

1. Evolução dos dispositivos na área da Saúde

Os trabalhos da ANC foram divididos em oito comissões temáticas, as quais eram formadas por três subcomissões cada. Cabia a cada uma das vinte e quatro subcomissões temáticas elaborar um anteprojeto constitucional para sua área temática, o qual seria apresentado à sua respectiva comissão, esta responsável por elaborar um novo anteprojeto, o qual seria apresentado à Comissão de Sistematização. A Comissão de Sistematização foi o fórum mais importante da Constituinte, pois era responsável por sistematizar os oito anteprojetos das comissões e elaborar um primeiro projeto de Constituição, o qual seria, finalmente, votado em Plenário, em dois turnos. O projeto elaborado após os dois turnos de votação foi apresentado à Comissão de Redação, responsável por elaborar a versão final da constituição.

Para nossa análise consideramos quatorze documentos, são eles (em ordem cronológica de elaboração):

1) Proposta constitucional da CNRS: projeto elaborado pela CNRS às vésperas da instalação da ANC. Apesar de seu caráter controverso, consolidou-se como a base oficial do lobby do movimento sanitário, mas também balizou as demandas do setor privado, que entenderam como satisfatória a moderação do documento, se comparado com as pretensões estatizantes do setor mais radical dos sanitários.

2) Anteprojeto da Subcomissão 7-b: foi o projeto elaborado e votado na primeira fase da Constituinte pela Subcomissão 7-b (Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente). O documento continha os dispositivos aprovados para suas três áreas temáticas (Saúde, Previdência e Assistência Social e Meio Ambiente), as quais se tornariam, na atual Constituição, as seções II (Da Saúde), III (Da Previdência Social) e IV (Da Assistência Social) do Capítulo II (Da Seguridade Social) e o Capítulo III (Do Meio Ambiente), do Título VIII (Da Ordem Social). O Relator deste documento foi o constituinte Carlos Mosconi (PMDB/MG).

3) Primeiro Substitutivo Comissão 7: foi o primeiro documento apresentado à Comissão 7 pelo seu Relator, Almir Gabriel (PMDB/PA). Chamado de “Primeiro Substitutivo”, ele sistematizava os anteprojetos apresentados pelas três subcomissões que formavam a Comissão 7³. Para a elaboração deste documento, Gabriel considerou também emendas apresentadas pelos constituintes durante um período pré-determinado. Este Substitutivo seria substituído por um Segundo, elaborado pelo Relator após um novo período para apresentação de emendas.

4) Segundo Substitutivo Comissão 7: foi elaborado após o “Primeiro Substitutivo” ser debatido na comissão e receber novas emendas. O documento foi aprovado por unanimidade pelos membros da Comissão, com ressalva aos destaques às emendas que seriam votados em seguida, podendo modificá-lo.

5) Anteprojeto da Comissão 7: foi elaborado pelo Relator Almir Gabriel (PMDB/PA) expressando o resultado das votações das emendas ao seu “Segundo Substitutivo”. Foi o produto final da Comissão da Ordem Social, apresentado para o Relator da Comissão de Sistematização, Bernardo Cabral (PMDB/AM).

6) Anteprojeto da Comissão de Sistematização: foi o primeiro documento elaborado pelo Relator Bernardo Cabral (PMDB/AM) e apresentado à Comissão de Sistematização. O anteprojeto sistematizou os pareceres das oito comissões temáticas, sendo seu principal objetivo inicial dar coerência ao documento, retirando dispositivos que eventualmente se repetissem nos diferentes pareceres, ou que fossem contraditórios entre si. Não houve julgamento de mérito das questões. Segundo Pilatti (2008: 151) a imprensa apelidou este documento de “Frankenstein”, por ser considerado um remendo desconexo de projetos.

7) Projeto de Constituição Sistematização: após o Relator Bernardo Cabral (PMDB/AM) apresentar o Anteprojeto da Comissão de Sistematização, os constituintes tiveram cinco dias para apresentar emendas. O Projeto de Constituição foi elaborado por Cabral baseado em seus pareceres sobre as emendas apresentadas ao Anteprojeto. Contudo, mais uma vez, as emendas não deveriam ser de mérito, limitando-se a compatibilizar os textos e a sanar as eventuais falhas ou lacunas. “Por força das limitações regimentais”, isto é, por não poder receber emendas de

³ Além da Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente (Subcomissão 7-b), a Comissão 7 foi composta por outras duas: Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos (Subcomissão 7-a) e Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias (Subcomissão 7-c).

mérito, este documento, segundo Pilatti (2008: 153), não inovou no conteúdo, mas, quanto à forma, houve esforço de sintetizar o texto, que passou de 501 artigos para 496. Assim, segundo o autor, o “Projeto de Constituição” “nasceu morto”, “destinado apenas a cumprir uma exigência regimental que permitiria o verdadeiro início da nova fase do jogo”. Apelidado pela imprensa de “O Bebê de Rosemary”, o Projeto foi aprovado com confortável maioria (Pilatti, 2008: 156).

8) Primeiro Substitutivo Sistematização: após aprovado o “Projeto de Constituição” iniciou-se, a partir de 14 de julho de 1987, o verdadeiro jogo dentro da Comissão de Sistematização. O “Primeiro Substitutivo” foi resultado de uma fase que contou com o recebimento de emendas de mérito pelos constituintes, além das famosas Emendas Populares. Foi nesta fase também que se formaram importantes grupos suprapartidários, que passariam a protagonizar a maioria das negociações e decisões na ANC, como o Centrão. Decidiu-se também nesta fase que o Relator Bernardo Cabral não elaboraria um, mas dois substitutivos.

9) Segundo Substitutivo Sistematização: após a apresentação do “Primeiro Substitutivo” em 26 de agosto de 1987, abriu-se um novo período para apresentação de emendas. O “Segundo Substitutivo”, apresentado em 18 de setembro de 1987, recebeu o apelido de “Cabral 2”, em referência ao nome de seu Relator, Bernardo Cabral (Pilatti, 2008: 164). Poucos dias depois iniciou-se a votação dos destaques ao “Segundo Substitutivo”, do resultado desta votação seria elaborado o próximo documento, o “Projeto A de Plenário”, produto final da Comissão de Sistematização.

10) Projeto A de Plenário: foi o documento resultante dos trabalhos na Comissão de Sistematização. Assim como naquela comissão, no Plenário o Relator também era Bernardo Cabral, que apresentou o “Projeto A” para apreciação dos constituintes no dia 24/11/1987. Segundo o Regimento Interno este Projeto seria votado em Plenário, em dois turnos, e depois retornaria à Comissão de Sistematização, que faria os ajustes finais, com as eventuais alterações técnicas necessárias e, finalmente, o texto seria votado em Plenário, na sua versão final. Contudo, com a alteração do Regimento Interno, patrocinada pelo Centrão, a Comissão de Sistematização perdeu seu papel de definidor do Projeto final de Constituição, bem como outras atribuições que lhes eram garantidas. Resumindo, a fase de Plenário ganhou maiores poderes para mudar o que já havia sido definido pela Comissão de Sistematização.

11) Emenda do Centrão: Em função das alterações do Regimento Interno da ANC, promovidas pelo Centrão, as emendas assinadas por maioria absoluta dos membros da Constituinte (280), teriam preferência na votação em Plenário. Isso significou para o Centrão a garantia de que suas emendas seriam votadas como texto base de todo o texto constitucional, ressalvados pedidos de destaques à demais emendas, as quais para serem aprovadas teriam que receber maioria absoluta dos votos. Na prática, a emenda do Centrão seria substituída por um novo texto base, produto de uma fusão de emendas, objeto de consenso alcançado pelas lideranças partidárias. Na mesa de negociações, a emenda do Centrão rivalizou com os projetos alternativos dos progressistas, no caso da Saúde as teses dos sanitaristas.

12) Projeto B de Plenário: após a apresentação do "Projeto A" (no final de novembro de 1987) os constituintes puderam apresentar uma nova rodada de emendas até 13 de janeiro de 1988, encerrado este prazo, o Relator Bernardo Cabral teve até 20 de janeiro para apresentar seu parecer sobre as emendas. Encerrada esta primeira fase, os constituintes poderiam apresentar destaques às emendas (tanto às rejeitadas pelo relator, quanto às aprovadas) e ao texto do "Projeto A", ou do "Projeto de Constituição". No dia 27 de janeiro começaram a ser votados estes destaques no chamado "primeiro turno de votações em Plenário". O "Projeto B" é resultado desta votação em primeiro turno. A área da Saúde foi definida nesta fase, não em acirradas disputas durante as votações, mas em um grande acordo de bastidores, envolvendo as lideranças partidárias da esquerda e da direita.

13) Projeto C de Plenário: o "Projeto C" foi o resultado das votações em segundo turno no Plenário dos destaques ao "Projeto B de Plenário". O segundo turno de votações teve início em 27 de julho de 1988. Para muitas das áreas, incluindo a Saúde, o texto definido no primeiro turno de votação permaneceu praticamente inalterado, com exceção à pequenas adequações técnicas. "O Projeto C" foi submetido à Comissão de Redação, responsável por fazer os ajustes finais e elaborar a versão final de Constituição.

14) Constituição de 1988: é a atual Constituição do Brasil, promulgada em sessão solene da ANC, realizada em 5 de outubro de 1988.

Para analisar comparativamente a evolução dos dispositivos constitucionais que regularam a relação entre os setores público e privado na área da Saúde criamos seis categorias, cada qual correspondente à uma questão regulatória:

1. Execução: diz respeito à competência do Poder Público em executar ações e serviços de saúde. Todos os dispositivos relacionados à essa categoria garantiram ao Estado a execução destas ações, embora com distintas particularidades, comentadas em cada caso.
2. Participação do setor privado no SUS: trata-se da definição dos termos da relação entre o setor privado e o SUS. Em todos dispositivos foi admitida a possibilidade de participação do setor privado, a qual, em todos os casos, salvo na emenda do Centrão, devia ser regida por meio de contratos de direito público. Todos os documentos, exceto a proposta da CNRS, definiram tratamento preferencial às entidades sem finalidade lucrativa e/ou filantrópicas.
3. Intervenção e Desapropriação pelo Poder Público: nesta categoria analisamos se os documentos contavam com dispositivos que garantiam ao Poder Público a possibilidade de intervir ou desapropriar os serviços de saúde de natureza privada, de acordo com os objetivos e interesses do SUS.

4. Vedada destinação de recursos: diz respeito aos dispositivos que vedavam a destinação de recursos públicos para as entidades do setor privado lucrativo.
5. Produção de medicamentos: dispositivos que regulavam a política para a produção e distribuição de medicamentos, insumos e tecnologias médicas e sua relação com a coordenação estatal do SUS.
6. Livre exercício da atividade liberal: dispositivos que asseguravam o livre exercício da atividade liberal na área da saúde. Foi uma das maiores reivindicações do setor privado, a qual foi atendida por todos os documentos.

No quadro abaixo sintetizamos o conteúdo de cada documento quanto aos dispositivos que regularam a relação entre os setores público e privado. As categorias definidas acima estão dispostas nas colunas no quadro.

Quadro 1: Relação entre os setores público e privado de saúde nos documentos da ANC

	Execução	Participação do setor privado no SUS	Intervenção e Desapropriação	Vedada destinação de recursos	Produção de medicamentos	Livre exercício da atividade liberal
Proposta CNRS	Assegurar existência da rede pública de serviços de saúde (Art. 2º)	Contrato de direito público (Art. 3º)	Não	Não	Subordinada à política nacional de saúde; desenvolvida sob controle estatal; Prioridade para órgãos públicos e empresas nacionais (Art. 5º)	Sim (Art. 3º, § 2º)
Anteprojeto Sub 7-b	Sim (Art. 4º)	Contrato de direito público; Preferência às entidades sem fins lucrativos (Art. 4º, §1º)	Sim, mediante justa indenização (Art. 4º, §2º)	Não	Subordinada à política nacional de saúde; Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 5º)	Sim (Art. 6º)
1º Substitutivo Comissão 7	Sim (Art. 48)	Contrato de direito público; Preferência às entidades sem fins lucrativos (Art. 49, §2º)	Sim (Art. 49, §3º)	Sim (Art. 49, §1º)	Subordinada à política nacional de saúde (Art. 51); Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 50, III)	Sim (Art. 49)
2º Substitutivo Comissão 7	Sim (Art. 51)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas (Art. 52, §2º)	Sim (Art. 52, §3º)	Sim (Art. 52, §1º)	Subordinada à política nacional de saúde (Art. 54); Estado deve disciplinar, controlar e	Sim (Art. 52)

					participar da produção (Art. 47, III)	
Anteprojeto Comissão 7	Sim (Art. 55)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas (Art. 56, §2º)	Sim (Art. 56, §3º)	Sim (Art. 56, §1º)	Subordinada à política nacional de saúde (Art. 58); Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 54, III)	Sim (Art. 56)
Anteprojeto Sistematização	Sim (Art. 354)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas (Art. 355, §2º)	Sim (Art. 355, §3º)	Sim (Art. 355, §1º)	Subordinada à política nacional de saúde (Art. 58); Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 353, III)	Sim (Art. 355)
Projeto de Constituição Sistematização	Sim (Art. 348)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas (Art. 349, §2º)	Sim (Art. 349, §3º)	Sim (Art. 349, §1º)	Subordinada à política nacional de saúde (Art. 351); Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 347, III)	Sim (Art. 349)
1o Substitutivo Sistematização	Sim (Art. 262)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas (Art. 262, §2º)	Sim (Art. 262, §3º)	Sim (Art. 262, §4º, II)	Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 263)	Sim (Art. 262, §1º)
2o Substitutivo Sistematização	Sim (Art. 227)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Art. 227, §1º)	Não	Sim (Art. 226, §2º)	Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 228, a)	Sim (Art. 227, §1º)
Projeto A	Sim (Art. 234)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Art. 234, §1º)	Não	Sim (Art. 233, §2º)	Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 235, I)	Sim (Art. 234, §1º)
Emenda Centrão	Não	Preferência às entidades filantrópicas e sem fins	Não	Vedado apenas para manutenção	Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 232, I)	Sim (Art. 231)

		lucrativos (Art. 231, §1º)		o e custeio (Art. 231, §2º)		
Projeto B	Sim (Art. 204)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Art. 204, §1º)	Não	Sim (Art. 204, §2º)	Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 205, I)	Sim (Art. 204)
Projeto C	Diretamente e ou através de terceiros (Art. 197)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Art. 199, §1º)	Não	Sim (Art. 199, §2º)	Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 200, I)	Sim (Art. 199)
Constituição 1988	Diretamente e ou através de terceiros (Art. 197)	Contrato de direito público; Preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Art. 199, §1º)	Não	Sim (Art. 199, §2º)	Estado deve disciplinar, controlar e participar da produção (Art. 200, I)	Sim (Art. 199)

1) Proposta constitucional da CNRS

A Proposta constitucional da CNRS regulamentava a relação entre os setores público e privado por meio de quatro dispositivos. Em primeiro lugar, a proposta assegurava o “livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde”. Com pequenas variações este dispositivo foi incluído em todos os documentos analisados. Ou seja, o modelo proposto para a saúde brasileira seria constituído por dois sistemas independentes, o Sistema Único de Saúde e o sistema privado de saúde. Porém, esta definição não foi objeto de consenso, havia uma corrente da reforma sanitária que defendia a existência de um único sistema, sendo admitido ao setor privado apenas a participação de forma complementar e de acordo com os critérios e condições impostos pelo Poder Público. A rejeição desta tese pelo documento da CNRS marcou seu primeiro ponto de distanciamento das propostas mais estatizantes do movimento sanitário.

Entre os documentos analisados também foi unânime a inclusão de dispositivos que asseguravam ao Estado, além de regulamentar e controlar, executar as ações e serviços de saúde.

Foram observadas três variações à este princípio, sendo a proposta da CNRS aquela que o dispôs de maneira mais indireta. Seu Art. 2º dispunha ser dever Estado

implementar política econômica e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir riscos de doença e de outros agravos à saúde, assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde, pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, em todos os níveis; assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987d, p. 49–50).

Ou seja, propunha a existência de uma rede pública de serviços de saúde com a finalidade de garantir o atendimento a saúde, implicitamente sugerindo que cabia ao Poder Público executar as ações e serviços de saúde. Se o papel de execução era implícito, o de normatização e controle era explícito por meio de seu Art. 3º. Todos os documentos subsequentes, salvo a “Emenda do Centrão”, expressariam de forma clara a execução das ações e serviços de saúde como uma das competências do Poder Público.

Todos os documentos analisados, além de assegurar o livre exercício da atividade liberal na área de saúde, também admitiram a participação do setor privado no SUS. Em todos os casos, salvo na emenda do Centrão, definiu-se que a relação entre os setores público e privado dar-se-ia por meio de contrato de direito público. O maior debate na Constituinte sobre o estabelecimento do contrato de direito público se deu durante votação de emenda na Comissão de Sistematização. Roberto Jefferson (PTB/RJ) e Gastone Righi (PTB/SP) defendiam que o contrato entre o SUS e o setor privado fosse estabelecido mediante contrato privado, alegando que o contrato de direito público “engessava o Estado”. O contrato de direito público subordina os termos da relação aos interesses coletivos. O mesmo foi expresso no Art. 3º do documento da CNRS.

A proposta da CNRS estabelecia em seu Art. 5º que “as atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento científico, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde, subordinam-se a política nacional de saúde” e “são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional”. Trata-se da redação mais completa, entre os documentos analisados, em termos de atendimento às reivindicações das entidades preocupadas com a soberania nacional na produção de medicamentos (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987d, p. 49–50).

A proposta da CNRS, contudo, se omitiu na definição de demais dispositivos que limitariam a atividade do setor privado. Todos os documentos expressavam que, na relação entre os setores público e privado, se daria tratamento preferencial às entidades sem finalidade lucrativa e/ou filantrópicas, salvo justamente a proposta da CNRS. Seu documento, ao contrário dos próximos sete que analisaremos, não definia a possibilidade do Poder Público intervir ou desapropriar os serviços de saúde de natureza privada, nos casos em que não fossem atendidos as diretrizes e objetivos do SUS. Ao contrário da maioria dos documentos, incluindo a Constituição de 1988, o projeto da CNRS não vedava a destinação de recursos públicos para o investimento

no setor privado. Considerado a expressão normativa da VIII Conferência Nacional de Saúde, o documento elaborado pela CNRS recuava em muitas de suas propostas. Os demais documentos, todos produzidos após a instalação da ANC, introduziriam avanços em relação à proposta da CNRS, salvo na questão da política farmacêutica.

2) Anteprojeto da Subcomissão 7-b

A relação entre os setores público e privado foi definida no "Anteprojeto da Subcomissão 7-b" por meio de cinco dispositivos. Assim como todos os demais, assegurou o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização dos serviços de saúde privados, "obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde" (Art. 6º) (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987c, p. 3). A redação é praticamente idêntica àquela proposta pelo documento da CNRS.

Este anteprojeto definiu explicitamente em seu Art. 4^o a execução das ações e serviços de saúde como competência do Estado, um avanço em direção à estatização, em relação ao documento da CNRS. Assim como este, o "Anteprojeto" também estabelecia que a participação do setor privado no SUS dar-se-ia por meio de contrato de direito público, mas foi além, definindo que teria "preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos" (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987c, p. 3). O "Primeiro Substitutivo da Comissão 7" apresentaria dispositivo idêntico, enquanto o "Segundo Substitutivo da Comissão 7" e os quatro documentos subsequentes ("Anteprojeto da Comissão 7", "Anteprojeto da Comissão de Sistematização", "Projeto de Constituição da Comissão de Sistematização" e "Primeiro Substitutivo da Comissão de Sistematização"), alterariam "entidades sem fins lucrativos" por "entidades filantrópicas". Todos documentos subsequentes ao "Primeiro Substitutivo da Comissão de Sistematização" utilizariam a expressão "entidades filantrópicas e sem fins lucrativos".

O "Anteprojeto da Subcomissão 7-b" foi o primeiro a incluir dispositivo que permitia ao Poder Público "intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor". O dispositivo definia que a desapropriação dar-se-ia "mediante justa indenização em moeda corrente" (Art. 4º, §2º) (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987c, p. 3). Os seis documentos subsequentes manteriam a possibilidade de intervenção e desapropriação, mas com uma diferença fundamental: sem assegurar indenização.

Em relação à política de produção e distribuição de medicamentos, bem como de desenvolvimento científico e tecnológico na área médica o Anteprojeto dispunha que "As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde" e cabe ao Poder Público "disciplinar, controlar e participar da produção e

⁴ A redação do referido artigo dispunha "as ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle" (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987c, p. 3).

distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional”. Trata-se de uma redação semelhante ao documento da CNRS, mas menos assertiva na questão da soberania nacional, posto que a expressão “com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais” não foi mantida.

Assim como a proposta da CNRS, o “Anteprojeto” não vedou o investimento de recursos públicos no setor privado lucrativo, dispositivo que seria incluído pelo “Primeiro Substitutivo da Comissão 7”. Assim como este, também definiu a participação do setor privado no SUS por meio de contrato de direito público e estabeleceu preferência e tratamento especial para as entidades sem finalidade lucrativa.

3) *Primeiro Substitutivo da Comissão 7*

O “Primeiro Substitutivo da Comissão 7” seguiu progredindo em direção à dispositivos mais estatizantes. Em termos idênticos ao “Anteprojeto da Subcomissão 7-b” assegurou a liberdade de atuação ao setor privado, bem como a competência de execução das ações e serviços de saúde pelo Estado.

A primeira diferença deste documento, e que o caracteriza como mais estatizante, era a possibilidade do Poder Público intervir e desapropriar serviços de saúde de natureza privada sem a necessidade de conceder indenização. O constituinte Gastone Righi (PTB/SP) protestaria enfaticamente contra o dispositivo, o qual permaneceria sem alterações até a elaboração do “Segundo Substitutivo da Comissão de Sistematização”, quando seu Relator, Bernardo Cabral (PMDB/AM), o suprimiria por meio de parecer favorável à emenda de Righi.

A segunda novidade em relação aos dois documentos precedentes foi a inclusão de dispositivo que vedava a destinação de recursos públicos para investimento em instituições privadas de saúde com fins lucrativos (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987f, p. 7). Esta definição seria acolhida por todos os demais documentos elaborados na ANC, incluindo a emenda do Centrão, a qual, contudo, vedaria apenas a “subvenção” dos serviços de natureza privada. Não se trata de uma modificação meramente semântica, conforme mostramos adiante.

Em relação à política farmacêutica, o “Primeiro Substitutivo”, assim como a proposta da CNRS e o “Anteprojeto da Subcomissão 7-b”, também subordinou a produção de medicamentos e equipamentos médicos e o desenvolvimento científico e tecnológico à política nacional de saúde (Art. 51), além de definir como atribuição do Estado disciplinar, controlar e participar da produção de medicamentos (Art. 50, III). Esta definição manter-se-ia inalterada nos quatro documentos subsequentes (“Segundo Substitutivo da Comissão 7”, “Anteprojeto da Comissão 7”, “Anteprojeto da Comissão de Sistematização” e “Projeto de Constituição da Comissão de Sistematização”), sofrendo alteração apenas no “Primeiro Substitutivo da Comissão de Sistematização”, sobre o qual analisaremos oportunamente.

4) Segundo Substitutivo da Comissão 7

No que diz respeito aos dispositivos que definem a relação entre os setores público e privado de saúde, o “Segundo Substitutivo” elaborado pelo Relator Almir Gabriel (PMDB/PA) é idêntico ao primeiro. Rigorosamente, a única diferença é na redação do artigo que dispõe sobre a preferência e o tratamento especial às entidades sem finalidade lucrativa, modificada no “Segundo Substitutivo” para “entidades filantrópicas” (Art. 52, § 2º) (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987i, p. 9).

5) Anteprojeto da Comissão 7

Se o “Segundo Substitutivo da Comissão 7” diferenciava-se do “Primeiro” por uma única expressão, a redação do “Anteprojeto da Comissão 7”, produto final desta comissão temática, é rigorosamente idêntico ao “Segundo Substitutivo” nos dispositivos que definiam a relação entre os setores público e privado.

6) Anteprojeto da Comissão de Sistematização

No que diz respeito aos dispositivos que regulam a relação entre os setores público e privado o “Anteprojeto da Comissão de Sistematização” é idêntico ao “Anteprojeto da Comissão 7” e o “Segundo Substitutivo da Comissão 7”. Isso não é uma surpresa, posto que este primeiro documento elaborado pela Comissão de Sistematização não considerou emendas de mérito sendo apenas objeto de sistematização dos relatórios elaborados pelas oito comissões temáticas.

7) Projeto de Constituição da Comissão de Sistematização

O “Anteprojeto da Comissão de Sistematização” foi apelidado de “Frankenstein” pela imprensa, o “Projeto de Constituição” da mesma Comissão, foi chamado de “Bebê de Rosemary”, ambos não foram objeto de emendas de mérito, constituindo-se apenas como um esforço, pouco elogiado, de sistematização. No que diz respeito aos dispositivos que regulavam a relação entre os setores público e privado na área da saúde, “Frankenstein” e “Bebê de Rosemary” eram gêmeos univitelinos, nada foi alterado.

8) Primeiro Substitutivo da Comissão de Sistematização

Este foi o primeiro documento da Comissão de Sistematização elaborado por meio dos pareceres do Relator Bernardo Cabral (PMDB/AM) às emendas de mérito. Apesar disso, foram poucas suas alterações em relação aos dois documentos precedentes, no que diz respeito à regulamentação da relação entre os setores público e privado. O Art. 262 dispunha que “cabe ao Poder Público a regulamentação, execução e controle das ações de saúde”. Embora assegurasse mais uma vez como prerrogativa do Estado à execução, não definia que as “ações de saúde são de natureza pública” (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987e, p. 44), tal qual fora disposto nos documentos precedentes.

O “Primeiro Substitutivo” assegurava à liberdade de atuação ao setor privado com uma redação mais sintética e favorável aos interesses privados, dispondo simplesmente que “a assistência à saúde é livre a iniciativa privada”. Todos os sete documentos precedentes acrescentavam “obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde” (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987e, p. 44).

O dispositivo que definia a participação do setor privado no SUS sofreu uma pequena alteração. Enquanto os demais documentos dispunham que o setor privado poderia participar (“pode participar”) de forma complementar, isto é na forma condicional, o Substitutivo definia que o setor privado “participará” de forma supletiva na assistência pública, ou seja, a participação era expressa de modo indicativo, sugerindo que a participação não era uma possibilidade, mas uma certeza (Art. 262, §2º) (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987e, p. 44).

O “Primeiro Substitutivo da Comissão de Sistematização” foi o último documento a dispor sobre a possibilidade do Poder Público intervir e desapropriar serviços de saúde de natureza privada (Art. 262, § 3º). O documento manteve a vedação de investimentos públicos no setor privado lucrativo, porém especificou que o proibido era a destinação de “recursos orçamentários”, em contraposição ao termo mais genérico “recursos públicos” proposto pelos documentos precedentes (Art. 262, § 4º, II).

Na questão da política farmacêutica também houve uma pequena alteração. Os demais documentos propunham que ao Estado competia disciplinar, controlar e participar da produção de medicamentos, equipamentos e demais substâncias importantes para a assistência à saúde, o que foi mantido pelo “Primeiro Substitutivo”. Os outros documentos também definiam que a produção de medicamentos estaria subordinada aos interesses e às diretrizes do Sistema Único de Saúde, dispositivo suprimido no “Primeiro Substitutivo”.

9) Segundo Substitutivo da Comissão de Sistematização

O “Segundo Substitutivo” introduziu algumas modificações em relação ao “Primeiro”. Foi mantido dispositivo definindo como competência do Estado a execução de ações e serviços de saúde e igualmente sem dispor que elas eram de natureza pública. Em relação à participação do setor privado no SUS, duas modificações. A participação voltou ao seu formato condicional: a

iniciativa privada “poderá participar de forma supletiva do” SUS (Art. 227, § 1º). E a preferência, que em documentos precedentes fora assegurada às entidades sem fins lucrativos ou às entidades filantrópicas, passou a ser às “entidades filantrópicas e sem fins lucrativos” (Art. 227, § 1º), formato que seria adotado por todos os demais documentos (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987h, p. 74).

Manteve-se vedada a destinação de recursos públicos para investimentos no setor privado lucrativo. Note-se que houve o retorno da expressão “recursos públicos”, ao invés de “recursos orçamentários” adotada pelo “Primeiro Substitutivo” (Art. 226, § 2º) (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987h, p. 74). O artigo referente à política farmacêutica manteve-se de forma semelhante ao “Primeiro Substitutivo” (Art. 228, a) (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1987h, p. 75).

A maior alteração deste documento em relação aos sete que lhe precederam (todos, salvo a proposta da CNRS) foi a supressão de dispositivo que permitia ao Poder Público intervir e desapropriar serviços de saúde de natureza privada, de acordo com os objetivos do sistema nacional de saúde. Esta supressão foi atendida pelo Relator Bernardo Cabral após pressão do bloco conservador, em especial, do constituinte Gastone Righi (PDT/SP), que apresentou a emenda responsável pela supressão, a qual seria mantida por todos os demais documentos.

10) Projeto A de Plenário

O “Projeto A de Plenário”, documento resultante da votação de destaques às emendas aos Substitutivos da Comissão de Sistematização, é idêntico ao documento precedente no que diz respeito à relação entre os setores público e privado, com algumas poucas alterações de redação que não significaram modificação nenhuma quanto ao mérito dos dispositivos.

11) Emenda Centrão

O documento elaborado pelo Centrão atendeu aos interesses do setor privado, por meio de modificações sutis em relação aos dois textos que lhe precedera e os quais constituíram a base da redação final para a área da Saúde. O Centrão, contudo, não radicalizou, sua emenda manteve a estrutura concebida pelas demais fases da ANC.

A primeira alteração foi a supressão de dispositivo que explicitava a competência do Estado em executar as ações e serviços de saúde. Esta omissão permitia conceder um papel mais central ao setor privado na função executora, voltando as atribuições estatais para as políticas de saneamento e medicina preventiva. Apesar disso, o documento dispunha em seu Art. 230, II, que o sistema único de saúde, deveria priorizar as atividades preventivas, “sem prejuízo dos serviços assistenciais”. E seu Art. 231, § 1º, dispunha que as instituições privadas poderiam participar “de forma complementar do sistema único de saúde”, sugerindo que cabia ao setor público o papel

central no atendimento das diretrizes de responsabilidade do sistema único de saúde, incluindo à assistência médica (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1988a, p. 311). Ou seja, a emenda continuava admitindo o papel do Estado na execução das ações e serviços de saúde, porém suprimia qualquer restrição para que o setor privado atuasse em condições iguais.

A segunda mudança foi a supressão da necessidade da relação entre o setor privado e o público ser estabelecido mediante contrato de direito público. O Art. 231, § 1º, dispunha que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar do sistema nacional de saúde, “mediante contrato ou convênio”. A preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos foi mantida (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1988a, p. 311). O contrato de direito público foi criticado diversas vezes pelos conservadores, os quais apresentaram uma série de emendas propondo suprimir tal condição. Não teriam êxito, a emenda do Centrão foi a única a estabelecer contratos de caráter privado.

A terceira alteração foi introduzida no dispositivo que vedava destinação de recursos públicos ao setor privado. Os demais documentos, a partir do “Primeiro Substitutivo da Comissão da Ordem Social” (Comissão 7), dispunham que seria vedada a destinação de recursos públicos para o investimento no setor de saúde privado. A emenda do Centrão definiu a proibição de “destinação de recursos públicos para subvencionar instituições privadas de saúde com fins lucrativos” (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1988a, p. 311). Há uma diferença importante entre os termos “subvenção” e “investimento”. De acordo com a Lei 4.320 de 1964, subvenção seria um tipo específico de investimento, definido como transferências em dinheiro para a manutenção e custeio das entidades beneficiadas. O dispositivo do Centrão, portanto, vedava apenas que os recursos públicos custeassem e mantivessem entidades privadas com finalidade lucrativa, mas permitia que fossem feitos investimentos de outras naturezas.

Os demais dispositivos permaneceram sem modificações. Foi-se garantido, obviamente, o livre exercício da atividade liberal na área da saúde (Art. 231); na política farmacêutica as prerrogativas do SUS de fiscalização, controle e participação na produção de medicamentos e equipamentos médicos (Art. 232, I) e manteve-se suprimido o dispositivo que permitia ao Poder Público a intervenção e desapropriação de serviços de saúde de natureza privada (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1988a, p. 311).

12) Projeto B de Plenário

O “Projeto B”, cuja redação teve como base o “texto do acordo”, este uma fusão de emendas, objeto do consenso alcançado pelas lideranças partidárias após negociações, substituiu a “Emenda do Centrão”, que fora aprovada momentos antes com ressalva justamente à fusão de emendas. Na regulação da relação entre os setores público e privado, contou com apenas uma alteração em relação ao “Projeto A”.

Conforme mostramos, desde o primeiro documento elaborado pela ANC, durante a Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente (“Anteprojeto da Subcomissão 7-b”),

todos, salvo a “Emenda do Centrão”, definiram a execução das ações e serviços de saúde como uma das competências do Estado. O “Projeto B”, adequando em um tom conciliatório a proposta do Centrão e dos progressistas, ligados ao setor sanitário, manteve a execução como competência do Poder Público, mas acrescentou que a mesma poderia “ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Art. 202) (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1988c, p. 131). Esta alteração seria mantida nos dois últimos documentos analisados neste artigo, o “Projeto C de Plenário” e a “Constituição de 1988”.

Não sofreu alterações nenhum dos demais dispositivos analisados. O “Projeto B” reestabeleceu a necessidade da relação entre os setores público e privado dar-se mediante contrato de direito público, tendo preferência entidades filantrópicas e sem finalidade lucrativa (Art. 204, §1º); a vedação de investimentos públicos no setor privado de saúde⁵ (Art. 204, §2º); o livre exercício da atividade liberal (Art. 204); e, em relação à política farmacêutica, as competências do Estado de fiscalizar, controlar e participar da produção de medicamentos e equipamentos médicos (Art. 205, I). Por fim, manteve-se suprimida a possibilidade do Poder Público intervir ou desapropriar serviços de saúde de natureza privada (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1988c, p. 131–132).

13) Projeto C de Plenário

Na área da Saúde, apenas um dispositivo foi modificado no Segundo Turno de Votações, a partir do qual foi elaborado o “Projeto C de Plenário”. Este dispositivo dizia respeito à regulamentação do sangue (sendo vedado seu comércio), portanto, rigorosamente nada foi alterado sobre a relação entre os setores público e privado.

14) Constituição de 1988

Em relação ao “Projeto C de Plenário” o texto final da Constituição sofreu apenas alterações técnicas, incluindo procedimentos de sistematização de sua redação. Nada foi alterado na área da Saúde.

Considerações finais

O projeto elaborado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) às vésperas da instalação da ANC definiu o tom dos debates na área da Saúde. Situado ao centro e criticado

⁵ Neste dispositivo uma pequena alteração. Em resposta a estratégia da Emenda do Centrão, que vedou apenas a destinação de recursos públicos para a subvenção do setor privado lucrativo, o “Projeto B” introduziu a expressão “recursos públicos para auxílios ou subvenções” (Brasil, Assembleia Nacional Constituinte, 1988c, p. 131).

pelos setores público e privado, o documento afastou-se das teses estatizantes preconizadas pelos grupos mais progressistas do movimento sanitarista e assegurou posição privilegiada ao setor privado no funcionamento do sistema de saúde que nasceu com a Carta de 1988. Inovou sem revolucionar. O *status quo* foi arranhado, porém as iniciativas mais radicais não lograram sucesso.

Em comparação ao projeto da CNRS o texto final da Constituição se aproximou mais dos interesses estatizantes, por exemplo, ao vedar a destinação de recursos públicos para o setor privado lucrativo e ao preterir-lo em favor do setor privado filantrópico e sem finalidade lucrativa no que diz respeito à participação privada no sistema único de saúde. Porém, o documento da CNRS foi um manifesto de conciliação com o setor privado e, na ocasião de sua elaboração, frustrou as expectativas do movimento sanitarista. Deste modo, o passo à esquerda da Constituição, em relação ao documento da CNRS, significou um resgate parcial das ambições sanitaristas. Parcial, pois ao cabo da ANC, as propostas sanitaristas mais radicais foram esmorecidas e a reforma ao documento da CNRS significou apenas arranhões em sua base, que permaneceu praticamente intacta. O projeto da CNRS, sólido desde o início da ANC, conta com uma correspondência impressionante em relação à definição constitucional consagrada pela Carta de 1988.

Argumentamos que a solidez da proposta elaborada pela CNRS foi consequência da dinâmica de neutralização de interesses formada entre os setores estatizantes e privatizantes. O referido projeto expressou o centro entre os dois opostos e neutralizou suas ações. Esta dinâmica é observada tanto em relação à análise comparada dos dispositivos defendidos por cada um dos extremos dos setores público e privado, quanto na relação formada entre os grupos de interesse que representaram estas posições ideológicas durante a Constituinte, conforme mostramos em trabalho anterior (Autor, 2017).

Consideramos que este artigo apresenta uma base empírica, para a área da Saúde, a partir da qual podem ser propostas inferências sobre a relação causal entre a ação de atores e resultados legislativos no marco institucional representado pela Constituição de 1988. Exatamente por ser um marco, também estabelece uma relação entre o passado pré-constituinte e o presente e futuro pós-constituição, concedendo ferramenta profícua para estudos históricos, legislativos ou jurídicos sobre políticas de saúde no Brasil.

Referências

- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Anteprojeto da Comissão de Sistematização*. . Brasília: [s.n.], 1987a.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Anteprojeto da Comissão VII*. . Brasília: [s.n.], 1987b.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Anteprojeto Subcomissão 7-b*. . Brasília: [s.n.], 1987c.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *ATAS DE COMISSÕES: Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente*. . Brasília: [s.n.], 1987d.

- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Atas de Plenário N018*. . Brasília: [s.n.], 1988a.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Primeiro Substitutivo (Comissão de Sistematização)*. . Brasília: [s.n.], 1987e.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Primeiro Substitutivo da Comissão VII*. . Brasília: [s.n.], 1987f.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Projeto A do Plenário*. . Brasília: [s.n.], 1988b.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Projeto B de Plenário*. . Brasília: [s.n.], 1988c.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Projeto C do Plenário*. . Brasília: [s.n.], 1988d.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Projeto de Constituição (Comissão de Sistematização)*. . Brasília: [s.n.], 1987g.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Segundo Substitutivo (Comissão de Sistematização)*. . Brasília: [s.n.], 1987h.
- Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. *Segundo Substitutivo da Comissão VII*. . Brasília: [s.n.], 1987i.
- Brasil, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: atualizada até a Emenda Constitucional nº 2, de 12 de maio de 2008*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estados de São Paulo, 2009.
- Gargarella, Roberto. Latin American constitutionalism: Social rights and the “engine room” of the constitution. *Law and Society in Latin America: A New Map*. [S.l: s.n.], 2014. .
- Marques, Rosa Maria; Mendes, Aquilas. SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido. *Saude e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 39–49, 2005.
- Pilatti, Adriano. *A Constituinte de 1987-1988 - Progressistas, Conservadores, Ordem Econômica e Regras do Jogo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- Rodriguez Neto, Eleutério. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. *NESP/UnB: Textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- Rodriguez Neto, Eleutério; Temporão, José Gomes; Sarah, Scorel. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. [S.l.]: Fiocruz, 2003.
- Saúde, Oitava Conferência Nacional De. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. . Brasília: [s.n.], 1986.