

## 2. A política de saúde no Brasil

Para que se possa abordar o trabalho do assistente social na área da saúde, é importante que haja a possibilidade de compreender como o Brasil ao longo dos anos que antecederam a década de 30, desenvolveu sua política de saúde. Quem foram os personagens e em que contexto os profissionais e usuários passaram a fazer parte dessa construção, que hoje representa uma das maiores conquistas na área de direitos sociais, que é o Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Este capítulo tem por objetivo apresentar brevemente a trajetória da política de saúde no Brasil, considerando seus diferentes momentos e articulando-a ao processo sócio-histórico. Para tal, foi necessário caracterizar a saúde desde o período que antecede os anos 1930 (anterior à ação estatal) até a política de saúde durante o regime militar. Em seguida foi focado o período da redemocratização, percebendo quais os fatores que fizeram avançar o movimento de Reforma Sanitária, a concepção da saúde como direito social e a construção do Sistema Único de Saúde.

Por fim, e chegando aos dias de hoje, tratou-se sobre a entrada da política neoliberal e o rebatimento dessa política para o setor da saúde. O sucateamento do sistema, as alterações na dinâmica do cotidiano das unidades e o impacto de todas as mudanças para os usuários e profissionais atuantes nos serviços.

O presente capítulo encontra-se estruturado em itens, onde o primeiro procura abordar a trajetória histórica da política de saúde no Brasil, o segundo busca dar um enfoque maior aos anos 1980, ao processo de redemocratização e a construção do Sistema Único de Saúde. Já o terceiro, busca abordar a década de 1990, o avanço da política neoliberal, a contra-reforma na saúde e, a partir daí, o cenário que se apresenta para a política de saúde brasileira nos dias atuais.

## 2.1.

### A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica

Neste primeiro momento veremos com base em Bravo (2001) e Mendes (1995) como se configura a política de saúde no Brasil. Partimos da afirmação de que a política de saúde no Brasil está intimamente articulada às determinações sócio-históricas e a questão saúde se altera a partir da relação Estado-sociedade.

Sendo assim vamos apresentar a política de saúde em três momentos distintos: Assistencialista - período anterior à década de 1930, caracterizado pela não intervenção do Estado no enfrentamento da questão social<sup>1</sup>; Previdencialista – que se desenvolve no pós 30, onde o Estado passa a tratar a questão social como caso de política, ou seja, como elemento de intervenção estatal. A política de saúde incorpora fundamentalmente os trabalhadores inserido no mercado formal de trabalho, caracterizando, assim, o que Santos (1979) denominou de “cidadania regulada”<sup>2</sup>, e o terceiro momento chamado de Universalista – período que se gesta na década de 1980.

O processo de abertura democrática do país recoloca os movimentos sociais organizados como protagonistas na cena política brasileira. São criadas então as condições efetivas para o avanço do debate sobre a saúde, que passa a assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia, culminando na Constituição de 1988, chamada de Constituição “Cidadã” que, como veremos adiante, não foi implementada efetivamente, tendo impasses e regressões na década seguinte.

O período histórico que antecede a década de 1930, caracterizado como assistencialista, é o período em que o Estado não reconhece a questão social como objeto de sua intervenção. A economia brasileira era baseada no modelo agroexportador, e seu produto de maior visibilidade internacional era o café. Não havendo, então, nenhum interesse estatal no setor de saúde, conforme vemos em Mendes (1995, p 27):

---

<sup>1</sup> Segundo Iamamoto, a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo de produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho -, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos (IAMAMOTO, 2001, p 16-17).

<sup>2</sup> Cf. Santos (1979).

(...) o que se exigia do sistema de saúde, era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação.

Diferentemente da Europa, onde, no processo de industrialização, o Estado assumiu a saúde da classe trabalhadora – juntamente com o surgimento da medicina social – com vista a manter a ordem capitalista e a cooptação da classe trabalhadora, minimizando movimentos contestatórios e mediando as relações sociais.

No Brasil não existia interesse estatal no setor saúde, nem mesmo em manter “saudável” a força de trabalho de quem extraía a sua mais valia:

O desinteresse do Estado pela beneficência àquela época demonstra sua despreocupação em utilizá-la como instrumento de influência ideológica, dirigindo a sua atuação direta para a área de saneamento, que, efetivamente, era então vital, dado o perigo que representava para o comércio as epidemias da época. Isso porque diferentemente da Europa, o Estado garantia, através da coerção extra-econômica, a extração da mais-valia absoluta. Não se preocupava, portanto nem em transformar os padrões anteriores de atendimento e garantir assim a manutenção e recuperação da força de trabalho, nem tampouco em utilizar as instituições de assistência como mecanismo de hegemonia. Dessa forma, até então a medicina estatal era sinônimo de saneamento e pode ser considerada como tendo sido exclusivamente sanitarismo estatal (GARCIA: 1984, p 24).

Na década de 1920 algumas medidas foram tomadas no intuito de ampliar os serviços de saúde pública por todo o país. Em 1919 foi instituído o seguro obrigatório para acidentes de trabalho coordenado pelo setor privado. Em 1923 a reforma Carlos Chagas tenta ampliar o atendimento em saúde por parte do poder central, numa estratégia de conter a crise política em curso (BRAVO, 2001).

O ano de 1923 é representativo na história da saúde no Brasil, pois nele foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), conhecidas também como a Lei Eloy Chaves.<sup>3</sup> A primeira CAP criada foi a dos ferroviários,

---

<sup>3</sup> Trata-se do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, que criou, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.

categoria muito combativa e organizada, que desempenhava um papel fundamental para o modelo econômico agroexportador, pois o transporte ferroviário era fundamental para a exportação do café.

Segundo Mendes (1995), a principal característica das CAP's é que estas eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. No ano de 1930, já existiam 47 CAP's que davam cobertura a 142.464 beneficiários.

No momento em que foram colocadas em discussão as questões de higiene e saúde do trabalhador, as CAP's surgem assegurando a algumas categorias, assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço e invalidez, pensões para dependentes e auxílio funeral, de acordo com a contribuição de cada categoria. Tais caixas foram destinadas a grupos específicos de trabalhadores urbanos, que estavam inseridos nos setores mais dinâmicos da economia e por isso tinham maior poder de negociação com o poder público. Conforme descreve Teixeira (1995, p 38):

O processo de industrialização dá início a etapa de crescimento "para fora", deslocando a oligarquia agroexportadora do exercício do poder político de forma exclusiva, dando lugar a uma ampla coalizão que passa a também incluir as camadas médias, a burguesia industrial e mesmos os trabalhadores urbanos (...). Nesta etapa, os trabalhadores urbanos vão ter as suas demandas incorporadas através dos mecanismos de Seguridade Social, que será um dos principais componentes da engenharia política de cooptação dos trabalhadores e de legitimação dos governos populistas. A estrutura da Seguridade Social, por sua vez, reificaria a exclusão dos trabalhadores rurais e autônomos, além da diferenciação no interior da classe trabalhadora urbana, através de um sistema diferenciado de contribuições e benefícios, resultante do poder de barganha de cada fração.

Podemos afirmar segundo Teixeira (1995), que a política social caracterizou-se então por ser, ao mesmo tempo, um sistema de exclusão política e social de certos grupos ocupacionais (camponeses, domésticas, autônomos); um sistema de privilégios diferenciais para os grupos mais poderosos (militares, servidores, frações da classe trabalhadora); um mecanismo institucional, administrativo e legal fragmentado, múltiplo e diversificado.

Neste sentido, o sistema institucional de seguridade social foi parte atuante de um modelo de corporativização da sociedade que preservou o domínio de um Estado forte enquanto segmentava a classe trabalhadora em categorias funcionais, através de uma incorporação alienada que impedia sua percepção enquanto classe e sua transcendência em direção aos direitos universais de cidadania.

A estrutura da previdência e, conseqüentemente, da saúde começam, portanto, categorizadas, excluindo um contingente expressivo da população urbana que não estava inserida em determinadas categorias profissionais, assim como os trabalhadores rurais.

As novas configurações entre Estado e sociedade civil no contexto de impulso da industrialização, no processo de urbanização e ampliação da massa trabalhadora, colocaram a questão social em pauta e a saúde particularmente como área estratégica no âmbito do Estado, o que demandaria a criação de novos mecanismos que contemplasse os trabalhadores urbanos sem alterar o processo de acumulação de capital.

Ainda na década de 30 as CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que surgem estruturados por categorias profissionais e com uma política previdenciária sob a doutrina do seguro e com a orientação de redução dos gastos.

O primeiro a ser criado foi o dos marítimos (IAPM), em 1933, depois o dos comerciários (IAPC) e dos bancários (IAPB) em 1934, o dos industriários (IAPI) em 1936, o dos servidores do Estado (IAPSE) e dos trabalhadores em transportes e cargas (IAPETEC) em 1928.

A assistência médica era atribuição central das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Já nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, a preocupação da previdência social era de caráter contencionista, isto é, reduzir ao máximo os gastos, com vistas a acumulação. Nesse período a assistência médica coloca-se como uma função meramente provisória e secundária.

Outra diferença importante entre as CAP's e os IAP's é no tocante a natureza do financiamento, que passa a ser tripartite, ou seja, empregadores, trabalhadores e o Estado (MENDES, 1995).

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira nos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde, com caráter nacional e dividida em dois subsetores: o de saúde pública e o da medicina previdenciária.

O subsetor de saúde pública organizou-se e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Suas principais medidas foram: ênfases nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrências dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; criação de serviços de combate às endemias, com financiamento de origem norte-americana; reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAVO, 2001).

A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões. O modelo previdenciário teve orientação reducionista, ao contrário do modelo abrangente das CAP's. Ou seja, por mais que a medicina previdenciária tenha incluído um número maior de categorias profissionais - assalariados urbanos - houve nos IAP's uma redução da oferta dos serviços prestados. "A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços" (BRAVO, 1994, p.23).

Ou ainda conforme Teixeira (1995, p. 54),

(...) o mecanismo institucional previdenciário foi fundamental na cooptação de frações dos trabalhadores ao projeto estatal, ao mesmo tempo em que funcionava como canal eficiente de escoamento da demanda política e social desses grupos. O resultado desse processo foi a criação e consolidação de sistemas previdenciários fragmentados, iníquos e pouco abrangentes (...)

No período entre 1945/1964<sup>4</sup> foi consolidada a Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930. O Serviço Especial de Saúde (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob patrocínio da Fundação Rockefeller. No final da década de 1940, com o Plano Salte<sup>5</sup>, de 1948, que envolvia as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia; a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais (BRAVO, 2001). No entanto, todos os esforços envidados pelo Estado não foram suficientes para sanar os problemas de saúde da população que, devido a grande massa trabalhadora presente nos centros urbanos, precisava muito mais do que apenas saneamento.

O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu a partir da década de 1950, determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. O importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.

É nesse contexto que desponta no país, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, apontando, assim, para a formação de empresas médicas, ligadas aos interesses capitalistas do setor, que pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada. Apesar de toda pressão, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida pelos serviços dos próprios Institutos.

---

<sup>4</sup> O Estado, a partir de 1945, e especialmente em 1950, vai aumentar os gastos estatais na área social através de políticas sociais. Entretanto, não consegue estender suas proposições a todos os segmentos sociais, nem universalizar as medidas, gerando efetivos direitos ao trabalhador (BRAVO, 2004, p. 26).

<sup>4</sup> A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com a saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhorias das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2001, p. 23).

<sup>5</sup> Plano SALTE (iniciais de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) foi um plano econômico lançado pelo governo brasileiro de Eurico Gaspar Dutra. O objetivo do SALTE era estimular e melhorar o desenvolvimento de setores de saúde, alimentação, transporte e energia por todo o Brasil. o Plano SALTE resultou na construção das seguintes obras: na área da saúde, o Hospital dos Servidores do Estado (RJ), construído como sendo o maior hospital da América Latina; na área de transportes, tem-se a conclusão da Rodovia Rio – Bahia e a nova Rodovia RJ – SP (Rodovia Gaspar Dutra); no campo da energia, foi construída a Usina Hidrelétrica de Paulo Afonso, no Rio São Francisco.

A política de saúde na ditadura militar<sup>6</sup> aponta para um modelo que privilegia o produtor privado. O regime instaura uma nova configuração política, “uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo” (BRAVO, 2001, p. 68). Conforme podemos ver em Teixeira (1995, p. 75),

A substituição dos governos populistas por ditaduras militares deu origem a uma nova configuração política, os regimes militares autoritário-burocráticos, caracterizados por: exclusão política e econômica dos setores populares, desmobilização e despolitização da sociedade, transnacionalização da estrutura produtiva e criação de uma tecnocracia (civil e militar) detentora de enormes graus de liberdade e decisão.

O Estado, em face da questão social, atua no binômio repressão-assistência, sendo a política ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p. 24).

Em 1966 dá-se continuidade ao movimento de concentração do poder regulatório do Estado, unificando a Previdência Social com a substituição dos IAP's pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)<sup>7</sup>, uniformizando os benefícios, que eram bastante diversificados nos IAP's.

Do ponto de vista político, incrementa-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

Desta forma, interesses privados passaram a se incrustar nos aparelhos de política social, criando uma situação aparentemente paradoxal, a crescente intervenção estatal foi o mecanismo que possibilitou a privatização da política pública. No caso brasileiro, desde o início dos anos de 1970 acentuaram-se algumas tendências relativas à organização dos sistemas de saúde, apontando

---

<sup>6</sup>A instauração da ditadura militar no pós-1964 expressou a derrota das forças democráticas, sendo desfecho da crise de uma forma de dominação burguesa no Brasil. Os problemas estruturais foram aprofundados, tornando-se mais complexos. Segundo Fernandes (1986), a ditadura foi um meio de impedir que a revolução nacional e democrática interferisse negativamente na eclosão do capitalismo monopolista.

<sup>7</sup> A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAP's constituiu-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”. Trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras (BRAVO, 2001, p. 63).

segundo (Oliveira e Teixeira 1986), para o modelo de favorecimento do produtor privado com as seguintes características:

- “Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos”;
- “O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, com articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter educativo, preventivo e de interesse coletivo”.
- “A criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos”.
- “O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela, propiciando a capitalização da medicina”.

Ao final da década, este modelo já demonstrava suas enormes inadequações à realidade sanitária nacional, na medida em que ficavam claras as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientelas urbanas e entre estas e as rurais. Teixeira (1995, p. 27) aponta alguns dos motivos da ineficácia do modelo que privilegiava o setor privado:

A prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. Ainda mais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura;  
A ausência de critérios para compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com as necessidades crescentes de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços;  
O alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde criava superposições, falta de coordenação e ausência de controle reduzindo a eficácia e eficiência da ação governamental.

Somado a todos esses fatores podemos identificar a insatisfação crescente de usuários, de prestadores de serviços e de trabalhadores da saúde, além da perda de qualidade dos serviços prestados.

A partir de 1974, “o bloco de poder”, por não ter conseguido consolidar sua hegemonia ao longo de dez anos, modificou gradualmente sua relação com a sociedade civil. Tal realidade obriga a uma abertura política lenta e gradual, que joga na arena política novos atores sociais até então excluídos do processo de decisão das ações de governo e dispostos a lutar pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período autoritário. Sendo assim, “a política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO; 2001, p. 24).

Sendo assim, como nos diz Mendes (1995, p. 31):

Era chegada a hora de mudar a configuração do modelo médico-assistencial privatista – já esgotado – de forma a reciclá-lo num contexto de luta política entre projetos sanitários alternativos.

A proposta do próximo item é caracterizar, fundamentalmente, o momento “universalista” da política de saúde, que se configura na década de 1980 com o processo de redemocratização do país, a elaboração da Constituição “Cidadã” e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica.

## **2.2.**

### **A década de 1980: Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro**

Na década de 1980, o processo de abertura democrática do país recoloca os movimentos sociais organizados como protagonistas na cena política brasileira. É um período de grande mobilização política, como também de profunda crise econômica e instabilidade estrutural, caracterizadas pela deterioração da situação cambial, aceleração inflacionária e recessão. Como nos mostra Mendes (1995, p. 32):

Essa crise econômica rompe, definitivamente, com o Estado desenvolvimentista tal como concebido desde os anos 30. (...)

Essa crise orgânica do Estado determina um fenômeno estrutural que estimula interesses particularizados e dificulta pactos sociais. (...) O Estado que sustentou as elites nacionais passa a ser, especialmente no final da década, o grande vilão, abrindo espaços a propostas neoliberais que conduzam a um Estado mínimo.

Várias foram as tentativas dos governos para conter as sucessivas crises, que obviamente tinham seus rebatimentos diretos na política de saúde. Mendes (1995) destaca os principais momentos dessa crise na saúde: a crise ideológica – o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) -, a crise financeira e a crise político institucional – o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, com o tema “A extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos”, foi um dos eventos mais importantes do período. Acreditava-se que o movimento se constituía em um espaço onde seria possível ampliar o debate político e recuperar a voz dos trabalhadores que foram excluídos e reprimidos no período pós-64. Entretanto, isso não ocorreu. O encontro teve por finalidade discutir as propostas do governo quanto às ações empreendidas pelo Ministério da Saúde.

Como resultado da Conferência, o Governo deveria apresentar um plano de ação, o Programa Nacional de serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). (...) visando à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em termos nacionais e universais da demanda. (...) O PREV-SAÚDE incorporou o ideário do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). (...) e avançou com relação à política de financiamento, reconhecendo oficialmente a necessidade de reformulação das prioridades e alteração dos métodos da política nacional de saúde, que mantinha um modelo caótico, elitista e corruptor não atendendo os interesses da população e dos trabalhadores do setor (BRAVO, 2001, p. 52).

Mesmo com pressupostos progressistas, tais como: extensão da cobertura; integração dos serviços existentes nos níveis de complexidade; regionalização do atendimento por áreas e populações definidas, o PREV-SAÚDE foi marcado pela “ambigüidade, sendo apontado como ‘progressista – autoritário’, pois foi elaborado pela tecnocracia, mas dissociado da sociedade

civil, formulado de forma sigilosa e, antes de se tornar público, alterado na sua essência” (BRAVO, 2001, p. 54).

Em 1981, o governo anunciava a crise financeira da previdência social, que teria chegado ao seu nível mais crítico, fazendo com que as autoridades fossem a público declarar a falência do sistema. Porém, é importante ressaltar que essa crise é resultante de todo processo estrutural ocorrido na década de 1970 e, principalmente, do modelo de atenção médica implantado:

Essa crise leva à identificação da assistência médica – o locus das despesas compressíveis – como um dos focos geradores dos problemas financeiros da Previdência Social e acirra o fracionamento dos diferentes interesses da arena política da saúde (MENDES, 1995, p. 35).

Para enfrentar a situação caótica o governo cria um plano: o “pacote previdenciário”, que seria aplicado pelo então recente criado Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que funcionava como uma instância reguladora previdenciária. As principais medidas propostas inicialmente foram: a redução dos gastos com a assistência médica, o disciplinamento do atendimento dos hospitais contratados, a reativação dos serviços públicos e a normatização para novos credenciamentos.

O mais interessante do CONASP é que o Conselho assume uma postura crítica diante da situação da saúde pública naquele momento. “O CONASP reconhece a privatização e a ociosidade do setor público, (...) recupera princípios gerais que constam do PREV-SAÚDE, tais como a regionalização, a hierarquização, a desburocratização e a valorização dos recursos humanos do setor público” (BRAVO, 2001, p. 54)

A estratégia básica do plano elaborado pelo CONASP foi a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que previam a execução de ações integradas entre as diferentes esferas de governo, municipal, estadual e federal, com um planejamento único. Segundo Mendes (1995), as AIS, podem ser reconhecidas em dois momentos distintos: o primeiro entre os anos de 1983 e 1985 e o segundo entre 1985 e 1987.

De acordo com Mendes (1995) e Bravo (2001), no primeiro momento as AIS são caracterizadas como um programa de atenção médica, que se justapunha

àqueles tantos outros que as secretárias estaduais e municipais tradicionalmente vinham executando na área da saúde pública, com um orçamento restrito e prioridades impostas pelos interesses da burocracia federal.

Do ponto de vista gerencial, são estabelecidas algumas instâncias para viabilizar as AIS: a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), órgão deliberativo em nível federal; a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), instância de decisão, planejamento e gestão nos estados; a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), instância de planejamento em nível regional e a Comissão Local ou Municipal de Saúde (CLIS), instância de planejamento em nível municipal, onde também estaria prevista a participação de entidades associativas e comunitárias. Por fim, o Programa de Ações Integradas em Saúde transformou-se, muitas vezes, num lugar de intermediação clientelística onde tinham grande peso relativo as bancas federais situacionistas.

Já no segundo momento, (que compreende o início do governo Sarney até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987), a característica marcante das AIS tem relação direta com os postos políticos estratégicos tais como: Ministério da Saúde (MS); Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Instituto Nacional da Previdência Social, que passam a ser ocupados por profissionais advindos do movimento sanitário<sup>8</sup>, o que significa, segundo Mendes (1995, p.47), “uma certa

---

<sup>8</sup> As origens do Movimento Sanitário (...) remontam aos primeiros anos da ditadura militar, quando, com o fechamento de quase todos os canais de expressão política, a universidade passou a ser o principal reduto de contestação do governo autoritário e nas faculdades de medicina, sob recomendação da Organização Panamericana de Saúde, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, no interior dos quais se aglutina e difunde-se o pensamento crítico na saúde. Através da incorporação das disciplinas sociais, o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a “determinação social da doença” e a “organização social da prática médica”. Apesar da origem acadêmica, o Movimento Sanitário não se limitou à vertente de produção de um novo saber. Ao contrário, em todos os momentos caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária. Mesmo dentro do âmbito universitário foram criadas alternativas a prática dominante nos serviços de saúde, através do desenvolvimento de projetos de “Medicina Comunitária”. Na mesma linha, desenvolveram-se projetos experimentais em regiões mais pobres, por meio de convênios das Secretarias de Saúde com organismos internacionais. Todos esses projetos caracterizam-se pelo seu caráter experimental e localizado, sempre permanecendo à margem do sistema de saúde onde predominava a política de privatização já referida. No entanto, foi através deles que o Movimento Sanitário pôde experimentar na prática uma política alternativa para o setor saúde, na qual se buscava desenvolver um sistema mais racional e adequado, tanto no quadro nosológico existente como aos recursos disponíveis no país. A partir de 1975, com os primeiros sinais de esgotamento do modelo econômico dos governos militares refletindo-se no processo político – vitória do partido oposicionista nas eleições de 1974 – a sociedade passou a viver um clima de crescente mobilização e organização na luta pela redemocratização. (...) A incorporação das organizações médicas ao movimento sanitário, ainda quase que exclusivamente compostos por intelectuais, deu uma dimensão política inusitada às reivindicações de transformação do sistema de saúde. Na sua

institucionalização do projeto de reforma sanitária”, como vemos no trecho abaixo:

Esse movimento de inclusão institucional dos sanitaristas tem seu lado positivo, o de conhecimento e domínio de instrumentos de governo, mas, em contrapartida, fragiliza os setores acadêmicos formuladores da estratégia contra-hegemônica e determina uma relevância relativamente forte do espaço institucional frente às possibilidades de acumulação na sociedade civil de capital político para enfrentamento do projeto neoliberal (MENDES, 1995, p. 47)

A conjuntura inicial da “Nova República” foi palco de embates entre as forças políticas e sociais, que lutavam para ampliar e aprofundar o processo de transição à democracia e as que desejavam impor e preservar a antiga institucionalidade. Em 1985 o governo estabeleceu como estratégia de ação para a política de saúde aprofundar e dinamizar as AIS. O discurso, no tocante à concepção de saúde, se enunciava de forma bem clara em dois níveis: o político institucional e o operacional.

No nível político institucional, caminhava-se na perspectiva da universalização do acesso, na concepção de saúde como direito social e dever do Estado, na modificação do modelo médico vigente e da convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte.

No plano operacional propunha-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde. Para isso, a proposta era transitar das AIS, enquanto programa, para uma estratégia transicional em busca de um sistema unificado de saúde. Sendo assim, conclui-se que as AIS, apesar dos resultados positivos, não conseguiram superar o caráter de política social compensatória e constituir-se numa estratégia de mudança do Sistema Nacional de Saúde (MENDES, 1995).

Em 1986 acontece o principal marco histórico na trajetória da política pública de saúde brasileira: a VIII Conferência Nacional de Saúde. Suas resoluções foram norteadoras para a elaboração do texto constitucional de 1988, que incorpora, através de negociações e pressão popular, a maioria das

---

vertente político ideológica, o Movimento Sanitário buscou mecanismos capazes de difundir uma nova consciência sanitária, ao mesmo tempo em que construir uma rede organizadora e canalizadora das diferentes manifestações de oposição à política de saúde. O Movimento Sanitário começou então a buscar explicitar, (...) suas propostas para a reestruturação do sistema de saúde (TEIXEIRA, 1995, p. 205-206).

reivindicações do movimento de Reforma Sanitária. Conforme explicita-nos Mendes (1995, p. 52):

Todo movimento encetado pelo projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional, desde o início dos anos 70, vai confluir para esse acontecimento que se realiza em março de 1986, em Brasília. Essa conferência difere das demais até então realizadas por duas características principais: uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão da saúde. (...) outra, ligada à primeira, refere-se a sua configuração como um processo social que começa com conferências municipais, estaduais, até chegar à nacional.

A conferência, que contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados, “se constitui no momento de formatação político-ideológico do projeto de reforma sanitária brasileira” (MENDES, 1995, p. 52).

A conferência versou sobre os seguintes eixos temáticos: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. O relatório desta conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na formulação da Constituição Federal. A partir desse momento, são criadas as condições efetivas para o avanço do debate sobre a saúde, que passa a assumir uma dimensão política estreitamente vinculada à democracia.

Os atores que lutaram pela reformulação da política de saúde<sup>9</sup> defendiam as seguintes propostas: universalização do acesso aos serviços de saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde); a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal e o financiamento efetivo. Além disso, a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão: os Conselhos de Saúde (BRAVO,

---

<sup>9</sup> Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacaram-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia e a elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temáticas e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2001, p. 25).

2001).

A reforma sanitária pode ser conceituada segundo Mendes (1994), como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo. Visa dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde que esteja constituído sob regulação do Estado. Este sistema deve objetivar a eficiência, eficácia e equidade. Deve ser construído permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

A reforma sanitária constitui-se no instrumento ideológico que viria a influir de forma muito significativa em dois processos concomitantes: a implantação do SUDS e a elaboração da nova Constituição brasileira.

O SUDS incorpora os princípios da reforma sanitária, a saber: universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos.

Suas principais estratégias de ação procuravam imprimir maior agilidade ao processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com a conseqüente ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico. Segundo Menezes (2005, p. 33 apud MENDES;1995), “apesar do seu importante papel na reforma administrativa na saúde e um papel político central, desmontando a máquina previdenciária e propondo a descentralização, o SUDS foi decisivo para a alteração constitucional necessária à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, não conseguiu dar eficácia e eficiência ao sistema público de saúde”.

Segundo Teixeira (1989) e Bravo (1996; 2001), as Constituições brasileiras trataram a questão saúde de forma superficial e arbitrária, não sendo definidas competências e fontes de financiamento, garantindo a prestação de serviço de saúde apenas aos segurados da previdência social.

Na elaboração do novo texto constitucional houve um consenso com relação à necessidade de detalhar os temas abordados, como fruto do contexto de transição e da necessidade de efetuar mudanças impostergáveis. A Assembléia Nacional Constituinte, quando instalada, optou no seu regimento interno por uma forma ousada e crítica de elaborar uma Constituição. Ao contrário dos processos constituintes que têm um projeto inicial debatido com a sociedade, não partiu de nenhum anteprojeto.

Houve, então, um espaço para que os movimentos se mobilizassem e pleiteassem uma subcomissão própria para a saúde. A presença de representação popular e das entidades envolvidas com a questão da saúde foi de grande importância, possibilitando um debate com a sociedade com repercussões no relatório final da subcomissão.

A Constituinte formou-se num espaço democrático de negociação constante ao longo das diversas etapas, onde desempenhou papel relevante um núcleo de congressistas apoiados pelas forças que vieram construindo o projeto de reforma sanitária.

Neste sentido, a Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. “A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (BRAVO, 2001, p. 25).

A Constituição de 1988, depois de muita pressão da população e dos movimentos organizados, propõe uma nova lógica organizacional referida na reforma sanitária, onde os principais pontos foram: o conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação entre políticas sociais e econômicas; o entendimento de saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, com o atendimento integral e a participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde de forma

complementar; a proibição da comercialização de sangue e seus derivados; a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Esse processo de conquistas constitucionais foi alcançado através de pressão popular, participação dos movimentos sociais e das categorias profissionais ligadas à saúde. A partir daí o processo constituinte se transformou numa “arena política” onde os interesses se organizaram em dois blocos opostos: os grupos empresariais, dirigidos pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas Multinacionais e, ainda, o grupo dos defensores dos princípios e ideais da Reforma Sanitária, representados pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte<sup>10</sup>.

O texto constitucional sobre saúde, apesar de suas ambigüidades, representou um avanço considerável refletindo a correlação de forças presentes na sociedade brasileira e permitindo a continuidade da luta política entre os projetos neoliberal<sup>11</sup> e da reforma sanitária. Ressalta-se, como ponto positivo, que todo esse movimento de lutas e disputas entre projetos diferenciados, trouxe à discussão da saúde maior politização, bem como aprofundou o nível de consciência sanitária, dando visibilidade às demandas coletivas de saúde da população brasileira.

Segundo Bravo (2001) e Teixeira (1995), no final da década de 1980, havia algumas incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, cabendo destacar alguns pontos que foram desfavoráveis ao avanço do referido projeto: não se conseguiu avançar significativamente na dimensão democrática – transparência, controle social e participação popular; as tensões com os profissionais de saúde; a participação do setor privado no financiamento público nos atos de maior complexidade, não se alterou; fragilidade das medidas reformadoras em curso; ineficácia do setor público; utilização do setor público para fins lucrativos, principalmente em hospitais universitários; a redução do apoio popular ao projeto do Sistema Único de Saúde em razão da ausência de resultados concretos na melhoria do atendimento às demandas de saúde da população; reorganização dos setores conservadores e privatistas, contrários à reforma, que passam a dar a direção no setor a partir de 1988.

---

<sup>10</sup> As entidades que participaram da plenária foram: sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros (BRAVO, 2001, p. 28).

<sup>11</sup> No final da década de 1980 já podem ser observados no país os primeiros “sinais” do projeto neoliberal, que visava a desconstrução das políticas sociais, transferindo para o terceiro setor as funções que caberiam ao Estado.

Pode-se afirmar, portanto, que a atuação do Movimento Sanitário conseguiu dar um caráter modernizador a política de saúde sem, contudo, conseguir alterar a lógica da produção de serviços. Neste sentido, vale citar a avaliação de Fleury (1992, p. 10):

(...) a estratégia reformista de ocupação de espaços 'estratégicos' e a quase absolutização da mudança ao nível formal da institucionalidade democrática encaminharam a Reforma Sanitária para fora das organizações sociais, acucando-as nas torres da academia, nos gabinetes da burocracia e nas ante-salas do Parlamento.

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto<sup>12</sup>. Ambas passam a expressar as conquistas contidas na Constituição, servindo de apoio jurídico-legal para a continuidade da luta política no setor de saúde.

O SUS é caracterizado como um sistema, porque segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob as responsabilidades das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

Esses elementos integrantes de um sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Baseado nos preceitos constitucionais, o SUS se norteia pelos seguintes princípios:

**Universalidade** – garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. O indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, em todos os níveis, assim como

---

<sup>12</sup> A Lei 8.080, de 19/9/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A Lei 8.142, de 28/12/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Ficam assegurados os Conselhos e Conferências de Saúde.

aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de todos e dever do Estado;

**Equidade** – assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que o caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras;

**Integralidade** – reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentadas e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Como afirma a legislação pertinente,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (LEI n.º 8080/90, Art.3º).

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos e doenças. Dessa forma, o SUS agrega princípios que versam sobre a sua organização enquanto sistema, na perspectiva de garantir a sua operacionalização, proporcionando um acesso igualitário, qualificado e eficaz. De acordo com o Ministério da Saúde (1990), os princípios são:

**Regionalização e Hierarquização** – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescentes numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolutividade (solução dos seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados

para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade;

**Resolutividade** – a exigência de que quando surja um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência;

**Descentralização** – é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Portanto, o município vai ser o responsável pela execução e promoção dos serviços de saúde, o estado vai articular os municípios e gerenciar os grandes serviços de saúde que serão referência. A União caberá a coordenação da política nacional de saúde, administrando no plano nacional, com todas as informações acrescidas pelas outras esferas, e só caberá o papel de executor em situações extremas;

**Participação Popular** – a participação popular na formulação das políticas de saúde é garantida pela constituição; a Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, garantindo como espaços os Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde;

**Complementaridade do setor privado** – de acordo, com a Constituição Federal os serviços de saúde privado só podem ser contratados, quando por insuficiência do setor público;

**Interdisciplinaridade** – trocas profissionais entre os especialistas das várias áreas que atuam no setor saúde e pelo grau de real integração destas; é condição necessária para a viabilização do princípio da universalidade, uma vez que este só se realiza a partir de uma intervenção conjunta de diversos profissionais, demonstrando os vários aspectos de saúde da população;

**Financiamento** – 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, Art.194). 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 de contribuições sociais.

Em relação aos seus serviços, o Sistema Único de Saúde é organizado em três níveis de atenção. A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. A atenção primária ou atenção básica é o ponto preferencialmente inicial de contato dos usuários com o SUS. As unidades que oferecem esses serviços são os Postos e Centros Municipais de Saúde.

A atenção secundária ou nível secundário de atenção à saúde caracteriza-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Vão oferecer esses serviços as Policlínicas, Pronto Socorro (PS) e as Unidades Mistas.

A atenção terciária tem como característica realizar procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população um acesso rápido e amplo a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Esses serviços são prestados pelas Unidades Hospitalares de Saúde, onde estão incluídos os Hospitais Universitários.

De acordo com Merhy (2003 p. 36)<sup>13</sup>:

As perspectivas (...) do SUS nos remete ao movimento político e a busca de parte de seus atores pela construção de uma sociedade pautada por uma democracia mais substantiva. Então, o SUS está envolvido, pelo menos, por esse tipo de implicação. (...) Ele nos remete à compreensão de que na sociedade brasileira, e em particular no campo da saúde, nós já tínhamos em períodos anteriores à fase da própria ditadura disputas na sociedade brasileira, por outros formatos para as políticas de saúde e, de certa maneira, isso também está implicado no SUS, ou seja, o SUS é arranjo no qual há esta

---

<sup>13</sup> Em palestra realizada no XX Ciclo de Debates do Serviço Social na Universidade de Campinas (Unicamp), em 2003.

implicação histórica. Há momentos que a gente pode dizer que ele esteve em possibilidade de avanço mais extenso ou em momentos que a gente mesmo pode reconhecer que do ponto de vista de conquista de objetivos ele pode ter sofrido retrocessos. Mas, isso não rouba dele, o conjunto dessas implicações.

Não foi por acaso que muitos lutaram, durante e após a ditadura militar, para que se produzisse uma Constituição e que nela fossem incorporadas as reivindicações de saúde da população. “Quando o movimento pela Reforma Sanitária atuou durante este processo, já tinha claro que a principal luta a ser travada na saúde era no sentido de combater a exclusão de muitos brasileiros das ações de saúde e do sistema de atendimento em geral, e a desigualdade social existente no país que fazia com que um brasileiro da região sul e sudeste, por exemplo, vivesse dez anos a mais que um do norte e nordeste” (MERHY 2003, p. 36)

Portanto, essa luta não era só por uma questão de princípios democráticos, mas também porque claramente os benefícios que os serviços de saúde trariam à população seriam de muita relevância e dependiam do funcionamento de uma política de saúde governamental pautada por princípios que garantissem mais igualdade na assistência.

Além disso, o conceito amplo de saúde propiciaria à população a possibilidade de acesso aos demais bens e serviços sociais que viessem a atender demandas que a saúde sozinha não daria conta, mas que apenas uma construção política ampla e coesa, no que se refere aos direitos sociais, poderia oferecer a população.

A luta da Reforma Sanitária foi um movimento amplo e envolveu diversos personagens que buscaram trazer à tona uma discussão qualificada e construtiva sobre a saúde da população brasileira como um direito social que tornasse o Estado responsável e regulador das atividades e pelo desenvolvimento de uma política pública. Essa luta foi para além da construção de uma mera lei que regulasse a política de saúde no Brasil, foi uma luta por uma política que considerasse a saúde da população um bem público, um patrimônio da sociedade, um direito de todos e de cada um a uma vida melhor e mais saudável.

### 2.3.

#### **A década de 1990: o sucateamento do Sistema e a perspectiva de um novo cenário para a política de saúde no Brasil**

A década de 1990 traz para o cenário nacional os reflexos do processo de globalização que passa a dar a diretriz do desenvolvimento nacional e, conseqüentemente, das transformações que atingiram diretamente as políticas sociais que ainda davam início ao seu escopo normativo e formatação com base na Constituição Federal de 1988.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro, ainda tão embrionário, recentemente regulamentado e passando por um processo de implantação e ajustes, começa a sofrer diretamente os impactos da política neoliberal que ganha força no Brasil com a vitória nas urnas de Fernando Collor de Mello à presidência do país, em 1989.

Collor passa a reger o país sob a cadência de uma promessa inicial para derrotar a inflação com um “único tiro”. E, para que esse tiro fosse dado, seriam necessários ajustes e reformas estruturais e políticas. De acordo com essa proposta, o então presidente da república Fernando Collor, preconizou as reformas, orientadas para o mercado, com vistas à recuperação da capacidade financeira e gerencial do país.

As estratégias de mudanças sugeridas pelo governo Collor não visavam o diálogo com os movimentos sociais organizados e tratavam a questão social de forma clientelista, promovendo uma distância cada vez maior do conceito de seguridade social<sup>14</sup> que anteriormente, na década de 1980, primava pela igualdade, universalidade e equidade.

“Na verdade, Collor optou por uma estratégia política midiática,

---

<sup>14</sup> De acordo com a Constituição Federal de 1988, título VIII, capítulo II e Seção I, 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. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social com base nos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade na base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

cujo discurso massificado voltava-se para os indivíduos atomizados, evitando os segmentos organizados. Assim, dirigia-se aos “descamisados”. No que refere à enorme expectativa democrática quanto ao enfrentamento das refrações dramáticas da questão social no país, seu pouco tempo de governo pautou-se no clássico clientelismo, como o demonstraram o escândalo das subvenções sociais e a performance da primeira-dama à frente da Legião Brasileira de Assistência (LBA). Deve-se recordar que Collor vetou a regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social, demonstrando pouca disposição de implementar o conceito de seguridade social preconizado na Constituição (BEHRING, 2008, ps.153 e 154).

Precursor dessa nova proposta política, o governo Collor apenas abriu as portas para a efetivação de um grande projeto que foi se concretizando nos governos posteriores, com Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso.

Com essa perspectiva, a política de corte neoliberal trouxe como ponto crucial para desenvolvimento do país uma redução nos investimentos em políticas sociais públicas. Ou seja, o caráter universalizante e coletivista das políticas sociais desenhadas na Constituição de 1988 não favoreceriam o crescimento e desenvolvimento do país e, para tanto, seria necessário que reformas fossem realizadas e que o “*custo Brasil*”<sup>15</sup> tivesse seu impacto reduzido e permitisse um maior investimento internacional em nosso país.

Em agosto de 1995 foi enviado para o Congresso Nacional o Projeto de Emenda Constitucional de nº 173, que versava sobre a reforma do Estado brasileiro. De acordo com Campos (2002), o governo de Fernando Henrique Cardoso inaugura uma nova ofensiva contra os direitos sociais instituídos com a Constituição Federal de 1988.

Amparado pela popularidade e legitimidade adquiridas nas urnas, o novo presidente inicia o seu governo organizando uma ampla reforma nas políticas e nos aparelhos do Estado, pretendendo solucionar a crise da economia brasileira e garantir as condições de inserção do país na economia globalizada. Com esse objetivo, enquanto empreende uma luta ideológica que apresenta os direitos sociais como privilégios e entraves ao desenvolvimento econômico, promovem a desregulação da economia e a flexibilização da legislação do trabalho, a

---

<sup>15</sup>De acordo com Campos (2002), o “Custo Brasil” é uma expressão que descreve o conjunto de dificuldades estruturais, burocráticas e econômicas que encarecem o investimento no Brasil, dificultando o desenvolvimento nacional, aumentando o desemprego, o trabalho informal, a sonegação de impostos e a evasão de divisas. Por isso, é apontado como um conjunto de fatores que comprometem a competitividade e a eficiência da indústria nacional.

diminuição dos gastos públicos, a privatização das empresas estatais, a abertura do mercado aos investimentos transnacionais, dentre outras medidas.

O marco institucional dessa investida do governo de Fernando Henrique Cardoso foi a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado<sup>16</sup>. Vejamos um trecho da apresentação do Plano feita pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso:

A crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado. Em razão do modelo de desenvolvimento que Governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação. Nesse sentido, a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais.

Com a finalidade de colaborar com esse amplo trabalho que a sociedade e o Governo estão fazendo para mudar o Brasil, determinei a elaboração do “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, que define objetivos e estabelece diretrizes para a reforma da administração pública brasileira (PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DE ESTADO/MARE, 1995, p. 5)

Segundo a avaliação do então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Bresser Pereira, o modelo de Estado das últimas décadas, devido a sua forte intervenção na economia e consideráveis gastos sociais, seria o agente responsável pela emergência da crise econômica. A alternativa, portanto, para a resolução dessa crise, também no Brasil, passava por uma reforma gerencial do Estado.

O então ministro afirmava ser contrário à proposta neoliberal de Estado mínimo, pois seu “objetivo não seria enfraquecer o Estado, mas fortalecê-lo”, permitindo uma combinação e complementaridade entre o mercado e o Estado

---

<sup>16</sup> O Plano Diretor da Reforma do Estado foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado e depois aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em sua reunião de 21 de setembro de 1995. Em seguida foi submetido ao presidente da República, que o aprovou. A Câmara da Reforma do Estado era constituída pelos seguintes membros: Luiz Carlos Bresser Pereira - Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Paulo Paiva - Ministro do Trabalho, Pedro Malan - Ministro da Fazenda, José Serra - Ministro do Planejamento e Orçamento, Gen. Benedito Onofre Bezerra Leonel - Ministro Chefe do Estado Maior das Forças Armadas.

como pressuposto básico ao bom funcionamento do sistema econômico e do regime democrático.

Bresser Pereira apontava o modelo de Estado social-liberal como capaz de assumir o papel de estimular e preparar as empresas e o país para a competição generalizada. Essa reforma do Estado passaria necessariamente pela recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através da contratação de organizações públicas não estatais para executar os serviços de educação, saúde, cultura e administração pública.

Como descreve Rezende (2008, p. 12), o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado defendia que nem tudo que é público é estatal e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. Avaliava, ainda, que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não teria como recuperar a poupança pública”.

Para a execução do Plano Diretor, o Estado passou a ser concebido com quatro setores fundamentais:

**O Núcleo Estratégico** – entendia que o único papel exclusivo do Estado era o de preparar, definir e fazer cumprir as leis e estabelecer relações diplomáticas, além da defesa de território. O Estado deveria ter controle absoluto sobre os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário; Ministério Público; presidente da República, ministros, auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas. De acordo com este pensamento, estes setores deveriam ter administração centralizada, verticalizada e de propriedade estatal.

**Os Serviços Monopolistas do Estado** (atividades exclusivas do Estado) – assim seriam chamados aqueles serviços, cujo principal usuário seria o próprio Estado. Como não são atividades lucrativas, o governo defendia mantê-los com o Estado, na forma de propriedade estatal, embora para estes serviços defendesse o que chamou de “modelo de gestão gerencial”, como as “agências autônomas”, “serviços sociais autônomos”, com o objetivo de assegurar-lhes a flexibilização das relações de trabalho e dos controles da sociedade sobre as políticas públicas: de fiscalização, fisco do meio ambiente e do aparelho central

da seguridade social (saúde, previdência e assistência social). Para este setor o governo propôs a transformação/qualificação dos órgãos públicos em agências executivas.

**Os Serviços Sociais Competitivos** – para este setor o governo propôs a *“livre disputa de mercado”* entre as instituições privadas, com o objetivo de promover a *“eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas”*. Transmitem com isto, a idéia do *“desperdício na administração pública”*. Estes serviços eram: educação, saúde, cultura, produção de ciência e tecnologia. Para estes setores, propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de *“direito privado”*, *“sem fins lucrativos”*, que deveriam manter *“contratos de gestão”* com o Governo Federal, que entraria com o patrimônio (instalação/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade.

**Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado** – estes setores seriam aqueles constituídos, na época, por empresas públicas que garantissem o acesso da população a bens e serviços de infraestrutura. O governo entendia que deveriam ser transferidas para empresas lucrativas (para o mercado). Para este setor, o governo defendia a propriedade privada, com sistema de regulação por meio de agências. O governo entendia que *“são atividades empresariais e deveriam ser transferidas integralmente para a iniciativa privada”* Eram eles: serviços de água, luz, correios, bancos, pesquisas, transportes etc.

A saúde, no âmbito da Seguridade Social, tinha um caráter especial, pois como política social pública ela representava um risco ao sucesso da Reforma do Aparelho do Estado, visto que estava prevista pela Constituição Federal de 1988 e já regulamentada pelas Leis 8.080 e 8142 de 1990 e que apresentava princípios e diretrizes que iam totalmente contra a proposta de redução do chamado *“custo Brasil”*.

Por essas razões, o Plano Diretor tinha diretrizes específicas para a saúde: a contenção de gastos públicos e a flexibilização dos procedimentos de compra e contratações, especialmente da força de trabalho; a focalização em

detrimento das políticas universais<sup>17</sup> (custo-efetividade); a reorientação dos recursos públicos para o setor privado; o controle do “corporativismo” (combate a organização social e sindical especialmente) e a “descentralização”, porém entendida aqui como Estado/Terceirização/Mercado, ou seja, incentivo a mecanismos de competição, onde ao Estado caberia apenas o papel de terceirizar os serviços públicos e deixar a cargo do mercado a competição para usufruto dos mesmos.

Para que o Projeto de Reforma fosse implementado com êxito o governo apresentou várias Propostas de Emendas Constitucionais (PEC), onde as principais mudanças da Constituição recaíram sobre o capítulo da Administração Pública; das Políticas Sociais e principalmente sobre a Seguridade Social. E de todas essas alterações, uma atingiria diretamente a área da saúde, a chamada PEC 32<sup>18</sup> que visava o fim de um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, o acesso universal por qualquer cidadão em todo território nacional aos serviços de saúde pública. Graças a uma grande mobilização nacional em defesa do SUS, a PEC 32 acabou sendo retirada de votação pelo governo.

Porém, essa foi apenas uma das poucas batalhas vencidas na luta pela manutenção do Sistema Único de Saúde, visto que o governo conseguiu a aprovação de algumas emendas constitucionais e leis complementares, que rebateriam diretamente em um dos instrumentos fundamentais para a gestão do SUS: a política de administração pública.

De acordo com Rezende (2008), dependendo de como o governo pretende administrar esta política, os equipamentos e os trabalhadores públicos, haverá sempre repercussões prós ou contra a universalização e a integralidade das políticas públicas de um modo geral, principalmente para a saúde, porque o SUS foi instituído não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas como um modelo de gestão do Estado, federalizado, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e com pactuação da política entre as mesmas, com financiamento tripartite, com participação da comunidade e com controle social.

---

<sup>17</sup> Acesso universal representa um dos princípios fundamentais da política de saúde no Brasil e que possibilita a garantia desse acesso como um direito social de todo cidadão, compreendendo a saúde como um conceito mais amplo e correlacionado com outras políticas públicas.

<sup>18</sup> Proposta de Emenda Constitucional número 32, que pretendia acabar com a universalidade do SUS.

A política de administração pública foi diretamente afetada com a aprovação das seguintes emendas constitucionais e leis complementares operadas a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado:

- Emenda Constitucional 19/98<sup>19</sup>;
- Emenda Constitucional 21/98<sup>20</sup>;
- Lei Complementar nº 101/2000 (lei de responsabilidade fiscal);
- Lei Complementar nº 9.801/99 (trata da exoneração de servidores por excesso de despesas);
- Lei Complementar nº 8.031/90 (instituiu o programa nacional de desestatização);
- Lei Complementar nº 9.401/97 (instituiu as agências executivas);
- Lei Complementar nº 9.637/98 (instituiu as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicação);
- Lei Federal nº 9.790/99 (instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP).

Dentre estas aprovações, duas passaram a influenciar diretamente o sistema de saúde pública no país: a entrada das OSs e das OSCIPs na coordenação, gerenciamento e contratação de recursos humanos nas unidades de saúde pública de todo país.

As OSs foram criadas em 1997. Por meio da medida provisória nº 1591 o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de Organização Social, quais entidades estariam autorizadas a serem “*parceiras do Estado*” na condução da “*coisa pública*”. Posteriormente aprovou-se no Congresso Nacional a Lei 9.637 de 15 de maio de 1998, a chamada Lei das OSs, que tinha como objetivo formal “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (LEI 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998).

A lei que regulamenta as OSs aponta para um sentido completamente oposto ao sentido dado anteriormente pela Reforma Sanitária à política de saúde

<sup>19</sup> Alterou o artigo 39 da Constituição Federal de 1988, eliminando a obrigatoriedade de adoção, pelas pessoas políticas, de RJU (Regime Jurídico da União), ou seja, possibilitou que as administrações direta, autárquica e fundacional da União prevejam a contratação e o vínculo com seus servidores por regimes diferentes do estatutário.

<sup>20</sup> Modifica o Sistema de Previdência Social, interferindo diretamente em um dos pilares da Seguridade Social.

pública no país, ou seja, aos princípios e diretrizes para gestão do SUS. Conseqüentemente atinge o desenvolvimento e o bom funcionamento do Sistema de Saúde Pública Nacional, porque passa a reger o serviço de forma incompleta, não atendendo as necessidades da federação e dos usuários, que passam a sofrer diretamente com os impactos da insuficiência e descontinuidade nos serviços, a alta rotatividade dos profissionais de saúde, prejudicando a assistência integrada e a formação de vínculo, fator primordial para adesão e bom andamento de todo tratamento de saúde.

Ilse (2008, p. 22) afirma que as OSs têm inúmeras facilidades: podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle interno e externo da administração pública, com a justificativa que estas funções são atribuições privativas do Conselho de Administração, que pode tudo o mais, tal como “aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade”

A Lei 9.790 de 1999 instituiu as OSCIPs. A partir daí, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, poderiam se tornar OSCIPs desde que fosse firmado o Termo de Parceria, instrumento que deve ser firmado entre o poder público e as entidades qualificadas. Com base nesta Lei, o objeto do Termo de Parceria deve ser acompanhado e fiscalizado pelo órgão do poder público da área de atuação correspondente, por meio de comissão de avaliação procedida e, ainda, pelos respectivos Conselhos de Políticas Públicas em cada nível de governo.

A idéia principal seria transformar todas as OSs em OSCIPs, por estas últimas possuírem maior alcance e abrangência quanto aos objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos. De acordo com Rezende (2008, p. 25):

Os objetivos estabelecidos na “Lei das OSCIPs” cumprem o previsto no Plano Diretor de Reforma do Estado, no qual, para os Serviços Monopolistas de Estado e para os Serviços Sociais Competitivos implementar-se-ia a gestão gerencial como as agências autônomas, os serviços sociais autônomos, as OSs e as OSCIPs, para garantir, especialmente, a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, mesmo que, como comprovado posteriormente,

com descumprimento da Constituição Federal e das Leis vigentes.

Tanto as OSs quanto as OSCIPs representaram, de modo geral, as perdas e a desconstrução do processo idealizado pelos defensores da Reforma Sanitária, na década de 1980, de uma saúde pública de qualidade, acessível a todo cidadão e de competência e responsabilidade exclusiva do Estado, no provimento dos serviços de saúde em todos os níveis. O modelo de gestão de saúde foi deteriorado em seus pontos principais, como demonstra esse paralelo traçado por Rezende (2008, p. 31):

SUS	OSs e OSCIPs
<b>Gestão única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo</b>	Autonomia administrativa e financeira
<b>Descentralização da gestão entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal)</b>	Descentralização das ações e serviços de saúde para a iniciativa privada e não para os municípios
<b>Hierarquização dos serviços conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único</b>	Autonomia gerencial dos serviços
<b>Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.</b>	Financiamento definido no orçamento público, para cada entidade, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio de venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
<b>Regionalização</b>	Regionalização inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, visto que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de governo
<b>Universalidade e integralidade da Atenção à Saúde</b>	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da entidade.
<b>Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.</b>	A participação da comunidade é inexistente
<b>Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e</b>	O controle social é inexistente. Tal como previsto na Lei 8.142/90 é

**fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.**

substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.

É possível verificar que a introdução da administração gerenciada, como mecanismo de gestão do SUS, tornou-se um subterfúgio para a terceirização e a privatização de serviços do setor de saúde, destruindo o caráter universal e o acesso a um direito social fundamental que é a saúde.

Além de todas as questões já apontadas, sinaliza-se para o repasse de patrimônio público para empresas de direito privado, a contratação terceirizada que acaba aos poucos, com a forma democrática de acesso aos cargos públicos, através de concurso público e principalmente a desprofissionalização dos serviços, dos servidores públicos, além da desorganização do processo de trabalho em saúde, processo esse que se torna fundamental para que o atendimento ao usuário da saúde pública seja realmente pautado em um conceito de saúde ampliado, com condicionantes e determinantes sociais.

Por fim, a mais recente e atual tentativa de retirar do Estado a responsabilidade da implementação, coordenação, execução e fiscalização dos serviços que competem ao acesso de todo cidadão ao direito social à saúde, foi o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional pelo Poder Executivo em 13 de julho de 2007. Este projeto propõe regulamentar o inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público.

Dessa forma, mediante lei específica, poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, e somente direito privado, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas seguintes áreas: saúde, assistência social, cultura, esporte, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social e promoção do turismo nacional.

A diferença que marca a chegada das fundações se dá pela inclusão do hospital universitário no rol de serviços de saúde passíveis de administração por fundações estatais, abarcando não só a área de assistência, mas também a pesquisa, a extensão e a formação de recursos humanos em saúde.

Conforme artigo publicado pela Revista Radis<sup>21</sup>, mesmo gerando inúmeras polêmicas e atingindo diretamente princípios fundamentais do SUS, cinco estados brasileiros já adotaram esse sistema em suas unidades de saúde pública, incluindo hospitais universitários. São eles: Acre, Bahia, Pernambuco, Sergipe e Rio de Janeiro. No Rio de Janeiro temos exemplos de grandes fundações estatais gerindo pesquisas e recursos humanos em grandes hospitais do Estado do Rio de Janeiro, como a Fundarj<sup>22</sup>, a Fundação Ary Frauzino<sup>23</sup> e a Funcape<sup>24</sup>.

Como toda iniciativa de driblar os direitos conquistados e instituídos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, a fundação estatal também teve como justificativa pelo governo, que a autonomia gerencial da fundação pode promover maior agilidade aos serviços de saúde, no que compete a organização dos serviços e suprimento de recursos humanos, além de possibilitar maior qualidade e eficiência dos serviços prestados. O que se torna uma justificativa falsa, visto que a proposta de descentralização com base no Estado, terceirização e mercado, adotado pelo projeto neoliberal e que está na base das OSs, OSCIPs e fundações, indica que nada é compatível com o modelo de descentralização do SUS: União, Estados e Municípios.

Embora se saiba (e os defensores e idealizadores da Reforma Sanitária também compartilham desta concepção) que a construção do Sistema Único de Saúde não se daria como um passe de mágica e que a concretização de direitos sociais como a saúde, por exemplo, enfrentaria uma série de dificuldades, não se imaginava que a ofensiva neoliberal teria tanto êxito, principalmente entre a população, que se viu e atualmente se vê, defensora da privatização dos

---

<sup>21</sup> Esta publicação pertence à fundação Oswaldo Cruz e o título citado foi o de nº 79, de março de 2009, cujo título foi: "As Fundações abrem caminho: cinco Estados adotam o modelo que continua causando polêmica."

<sup>22</sup> Fundação para Pesquisa e Extensão na Área de Hematologia do Hospital Hemorio – Centro do Rio de Janeiro.

<sup>23</sup> Fundação que atua na área de contratação de profissionais de saúde terceirizados para atuação nas equipes multidisciplinares de saúde do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

<sup>24</sup> Fundação Cardiovascular Pedro Ernesto - fundação de extensão cardiológica do Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro. Esta Fundação, além de pesquisa e extensão, também atua na assistência à saúde (ambulatorio, exames e internação) de pacientes da Rede Dix e Amil de Saúde Suplementar.

serviços públicos, em função do sucateamento e das falhas no processo de gestão e no repasse de verbas entre União, estados e municípios.

Esse sucateamento também teve rebatimento no processo de trabalho em saúde, atingindo diretamente os servidores públicos com congelamento de salários e má condições de trabalho, o que propiciou o acúmulo de cargos públicos e a duplicidade de jornadas de trabalho, tornando deficiente o atendimento ao usuário do sistema.

Como afirma Rezende (2008), no processo constituinte (1988), já se tinha a avaliação de que uma das principais mazelas da disfuncionalidade do sistema de saúde era a forma de gestão do trabalho vigente, um dos principais fatores que inviabilizava o funcionamento adequado do sistema.

Nesses vinte e um anos de implementação do SUS vários problemas identificados no setor saúde estão sendo enfrentados, tais como a descentralização, que está a caminho, embora a regionalização e a hierarquização do sistema sigam a passos lentos. O controle social do SUS e a participação popular que, embora com baixo grau de autonomia, vem se implementando país a fora.

Outro ponto importante, também colocado por Rezende (2008), é o processo de negociação intergestores bi e tripartite que frequentemente tem sido procedido independente do controle social. A autora descreve que apesar de insuficiente, o financiamento do SUS já se ampliou nos últimos anos após a Emenda Constitucional 29/2000<sup>25</sup>.

Ainda de acordo com a referida autora, a forma de gestão da força de trabalho do setor saúde é notoriamente a parte mais atingida em todo o processo de sucateamento dos serviços públicos. Para Rezende essa gestão da força de trabalho (quase escravagista), não só não foi alterada, como foi amplamente precarizada e submetida a novos modos de degradação, tais como ausência de concurso público, vínculos múltiplos e ilegais, ambientes de trabalho insalubres, construção de uma visão desqualificadora do trabalho no setor público, adoção de mecanismos nefastos de competitividade e valorização desigual dos trabalhadores em condições de trabalho idênticas, dentre outras.

---

<sup>25</sup> A emenda constitucional nº 29/2000 tem como objetivo alterar os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A perspectiva atual para a política de saúde pública no país demonstra um *mix* de possibilidades para a inserção profissional, prestação de serviços, assistência e pesquisa, que fogem ao preconizado anteriormente pela Reforma Sanitária. Esse *mix* promovido por OSs, OSCIPs, fundações e Organizações Não-Governamentais (ONGs), todas, muitas vezes, ocupando diversos espaços em uma mesma unidade de saúde, trazem à tona o grande desafio de, em meio a condições tão adversas, se manter o acesso universal, a equidade e a igualdade no atendimento prestado aos usuários de toda a rede de saúde pública no país.

A saúde, conquistada como direito social na década de 1980, tem na atualidade o desafio de ser reconhecida verdadeiramente como um direito pelo Estado, pela população e pelos profissionais de saúde, que estão prestando assistência direta à população nos ambulatórios, postos de saúde e grandes emergências, e convivendo diariamente com todas as seqüelas deixadas pela Reforma do Aparelho do Estado e pelos reflexos do projeto neoliberal, ainda tão visíveis e referenciados como uma nova proposta para as políticas sociais públicas em nosso país.

Além disso, retomar a reconhecimento da população desse direito social como direito, torna-se o passo ainda mais importante na reconstrução desse sistema, visto que a entrada da privatização de alguns serviços e o consequente sucateamento dos serviços para as grandes massas, reflete na população o desânimo e nos profissionais de saúde a descrença na possibilidade de um SUS real e acessível a todos.