

Política de Saúde no Brasil*

Por Maria Inês Souza Bravo**

Apresentação

Este texto tem por objetivo apresentar a trajetória da Política de Saúde no Brasil, dos antecedentes da ação estatal aos dias atuais, articulando-a às determinações sócio-históricas.

Enfocar-se-á o início da intervenção do Estado no setor, mais efetivamente na década de 1930; as alterações ocorridas com o golpe militar de 64 que instaurou a ditadura do grande capital e, na saúde, o modelo de “privilegiamento do produtor privado”; as modificações da década de 1980 que culmina com a promulgação da Constituição de 88 que inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que **universaliza os direitos sociais** concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado.

Dando prosseguimento, será analisada a Política de Saúde na década de 1990 e a tensão entre os dois projetos em disputa: Reforma Sanitária e Saúde vinculada ao Mercado ou Privatista.

Para finalizar, serão apresentadas algumas considerações com relação à Política de Saúde no Governo Lula da Silva.

* - Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. *Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

** - Assistente Social. Doutora em Serviço Social (PUC/SP). Professora aposentada da UFRJ. Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenadora do projeto “Políticas públicas de saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”.

1. A Questão Saúde no Brasil: da prática liberal à intervenção do Estado¹

Nesse item, vai – se caracterizar a Saúde nos séculos XVIII, XIX e início do século XX considerada como antecedentes da ação estatal. Em seguida, focar-se-à a intervenção do Estado na saúde, abrangendo o período de 1930 a 1964. Para finalizar, serão explicitadas as características da Política de Saúde na ditadura militar (1964-1974) e na distensão política – período de modificação gradual da relação do Estado com a sociedade, que vai repercutir na saúde através de crises e reformas do sistema previdenciário.

1.1. Antecedentes da Ação Estatal

A assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliado ao nascimento da **medicina social** na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, esta interferência será aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas.

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a **vigilância do exercício profissional** e a realização de **campanhas limitadas**. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30.

Concorda - se com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1985:41-42) que a Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia

¹ Este item e o seguinte estão baseados no 1º Capítulo da Tese de Doutorado da autora, apresentada à PUC/SP, em 1991, com o Título “A Questão da Saúde e o Serviço Social - as práticas profissionais e as lutas do setor”.

capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. **A reforma Carlos Chagas**, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922.

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a **criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)** em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. Os demais só o conseguiram após 1930.

1.2. A Intervenção do Estado na Saúde: 1930 a 1964

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma

orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

A **política de saúde** formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram segundo Braga e Paula, 1986:53-55:

- Ênfase 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 decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – 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.

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla.

Para Oliveira e Teixeira (1986:61-65), o modelo de previdência que norteou os anos 30 a 45 no Brasil foi de **orientação contencionista**, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). Para os autores, um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 30, procurou demarcar a diferença entre “previdência” e “assistência social”, que antes não havia. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado.

A situação da Saúde da população, no período de **1945 a 1964** (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria 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.

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada,

defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964, que será abordado a seguir.

1.3. A Política de Saúde na ditadura militar: modelo de privilegiamento do produtor privado²

A ditadura, significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial 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.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores³.

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no

2 - Este item e o seguinte estão fundamentados no livro da autora intitulado “Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e práticas profissionais”, publicado pela São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

3 - Como exemplo de medidas nessa direção destaca – se a interiorização dos serviços de saúde, a implantação de estrutura básica de saúde pública e o aumento de cobertura, viabilizadas por programas pilotos .

período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

Segundo Teixeira (Oliveira e Teixeira, 1986:207) foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais.

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.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde⁴.

2. A Política de Saúde na década de 1980: construção do Projeto de Reforma Sanitária

Nos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação 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 elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no

4 - Como estratégia de preparação e mobilização para o evento foram realizadas Pré-Conferências em quase todos os estados brasileiros, seguindo temário pré-estabelecido.

Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da **8ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial⁵.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária .

O processo constituinte e a promulgação da 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

5 - 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.

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.

A Assembléia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor⁶. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades.

O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Para Teixeira (1989:50-51), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;

6 - CERQUEIRA FILHO, Gisálio. A "questão social" no Brasil. Crítica do discurso político, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

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

A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1989: 50-53): a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção.

A alteração da norma constitucional ocorreu no processo constituinte com toda a articulação e mobilização efetuada, tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças de entidades consideram que nenhum outro setor teve o desempenho e uma proposta clara como a Saúde.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988.

A burocratização da reforma sanitária, segundo Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o **reformador** - imprescindível para transformar instituições e processos, e o **revolucionário** - que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. Considera – se que a construção democrática é a única

via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990.

3. A Consolidação do Projeto de Saúde voltado para o mercado

Nos anos 90, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal.

Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro.

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um **modelo gerencial** que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado (Pereira, 1995).

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico.

Outro aspecto a ser considerado refere-se à remuneração por produção, denunciada há vinte anos como “fator incontrolável de corrupção”. Constata-se que além de gastar mal também se gasta pouco em saúde, comparado com os parâmetros internacionais.

Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (Bravo, 1999).

O Projeto de Reforma Sanitária, explicitado no item 2 desse texto, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos

profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996).

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

No próximo item vai-se levantar algumas considerações com referência à Política de Saúde no governo Lula.

4. A Saúde no Governo Lula da Silva: algumas reflexões⁷

A análise que se faz do governo Lula é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas a lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social.

7 - Este item está baseado no texto escrito pela autora publicado pela Revista Inscrita, em 2004.

Com relação à saúde, havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 90, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista.

O atual governo entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento.

Para tornar mais clara estas afirmações vai-se explicitar alguns aspectos de inovação e outros de continuidade do atual governo que têm relação com os dois projetos em disputa.

Como **aspectos de inovação** da política de saúde do atual governo cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Com relação a estrutura do Ministério destaca-se a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. A criação desta secretaria busca enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS que é um grande problema de estrangulamento do sistema. Ressalta-se, entretanto que, uma das medidas fundamentais para a questão de recursos humanos refere-se a NOB de Recursos Humanos e esta ainda não foi implementada.

Outro aspecto inovador na estrutura do Ministério refere-se à criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar integrando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde.

Foi criada também a Secretaria de Gestão Participativa que tem como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersectorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação.

Merece reflexão alguns aspectos observados na realização da conferência. A mesma não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A expectativa em torno da 12ª CNS é que a mesma fosse um marco significativo com relação as anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS, ocorrida em 1986.

Tal fato não ocorreu apesar de alguns esforços de membros do ministério da saúde e de algumas entidades⁸. A inovação fundamental da Conferência poderia ter sido com relação à concepção de Seguridade Social. Na mesma data ocorreu em Brasília, a Conferência Nacional de Assistência Social. Algumas propostas foram feitas de haver um momento unificado entre as duas Conferências, para fortalecer a concepção de Seguridade Social. Esta sugestão não foi acatada pelas comissões organizadoras das duas conferências. Outro aspecto refere-se a fragilidade na condução das plenárias que teve como consequência não

8 No ano de 2003, foram realizados três eventos importantes que tiveram um papel de pré-conferência a saber: o 5º Congresso Nacional da Rede Unida, o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 41º Congresso Brasileiro de Educação Médica. No mesmo ano também ocorreram as Conferências Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Em 2004, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Bucal e Ciência e Tecnologia na Saúde. Em 2005, ocorreram a Conferência de Saúde do Trabalhador e, em 2006 a Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

conseguir aprovar o relatório final na conferência. A alternativa encontrada pela organização foi enviar para os delegados a fim de que votassem individualmente as propostas.

Esse fato tem sérias conseqüências como, por exemplo, a falta de debate para a votação das propostas e, principalmente, a não influência das deliberações da conferência na elaboração das diretrizes a serem seguidas na política de saúde. A convocação da conferência, a partir do exposto, não conseguiu ser um mecanismo de democratização da política de saúde.

Como **aspectos de continuidade** da política de saúde dos anos 90, ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. Como exemplos de focalização, podem ser destacados a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência.

Outro aspecto que está relacionado mais diretamente com a precarização e terceirização dos recursos humanos refere-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental. A incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do PSF já foi polêmica gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da imprecisão de suas funções, da precarização das contratações e da falta de concurso público para a seleção dos mesmos que têm sido realizada, na maioria dos casos, com base em indicações político partidárias. Uma primeira questão relativa a esse debate já foi resolvida, ou seja, a profissão já teve sua regulamentação mas as demais não. A contratação dessas outras categorias sem equalizar as questões referentes aos agentes comunitários é inaceitável.

A não viabilização da concepção da Seguridade Social está patente quando não há menção nas ações à articulação necessária com as políticas de assistência social e previdência social. Outro aspecto desta questão refere-se a não rearticulação do Conselho de Seguridade Social.

A questão do desfinanciamento é a mais séria pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos.

O financiamento do SUS tem vivido nesses anos alguns problemas tais como: proposta de desvinculação do CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 bilhões dos recursos destinados ao SUS.

A ameaça maior ao financiamento, entretanto, está para acontecer. O governo se comprometeu com o FMI de estudar a desvinculação de recursos para a saúde e educação o que significa eliminar da Constituição Federal os preceitos que obrigam União, Estado e Municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado para os setores de educação e saúde. Segundo Carvalho (2004), o argumento utilizado pelos economistas do governo é que a vinculação da saúde e educação inibem de maneira significativa, uma alocação mais justa e eficiente de se usar os recursos públicos. As vinculações que o governo quer derrubar são as da Educação que tem vinculado o percentual de 18% de receitas da União e 25% dos Estados e Municípios e da Saúde que tem vinculado a ela o gasto do ministério da Saúde no ano anterior, corrigido a cada ano pelo percentual do crescimento nominal do PIB do ano anterior. Estados devem vincular 12% e os Municípios 15% das receitas próprias para ações e serviços de saúde. Esta proposta tem que ser regulamentada pela Emenda Constitucional n° 29 que tem sido postergada pelo governo.

A desvinculação das fontes acarretará um desfinanciamento ainda maior da saúde. O Brasil já tem um gasto pequeno, o que corresponde a 3, 4% do PIB sendo significativamente

inferior ao de países como Uruguai (5,1%), Panamá (4,8%) e Argentina (4,7%) para não compararmos com França (7,2%) e Alemanha (8,0%).

Para finalizar, vai-se comentar os resultados divulgados pelo governo federal com relação à saúde em 6 de julho de 2004, no “Em questão”⁹.

O documento ressalta as seguintes ações: 3200 novas equipes no Programa Saúde da Família, contratação de 13040 novos agentes comunitários de saúde, aumento do repasse de atenção básica para as prefeituras de 10 para 12 reais por habitante, aumento de 68% das equipes de saúde bucal, implantação de 17 farmácias populares, implantação de 132 unidades do SAMU em 1200 municípios e entregues 252 ambulâncias.

Os dados apresentados servem para confirmar as questões já levantadas com relação à política de saúde. A ênfase das ações estão em programas “focais”. As grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos.

Considerações Finais

O SUS completou 15 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortificados. A defesa do papel do Estado

9 - Documento editado pela Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégia da Presidência da República.

na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida pois, com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a “anti-política” social, na medida em que permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (Soares, 2004).

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Medidas como o Programa de Farmácia Popular permitindo o co-pagamento de medicamentos fere o princípio da equidade e abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS.

Para culminar, se a tentativa de eliminação das vinculações dos recursos da saúde se concretizar, a política pública de saúde estará seriamente ameaçada e o SUS se voltará apenas para os segmentos mais pauperizados da população.

O desafio posto na atual conjuntura que tenha por objetivo superar as profundas desigualdades sociais existentes em nosso país e que foram aprofundadas no governo Lula é um amplo movimento de massas que retome as propostas de superação da crise herdada e avance em propostas concretas.

Na saúde, a grande bandeira é a luta pelo fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária. Nesta direção, é fundamental a defesa das propostas aprovadas no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde ocorrido em Brasília, em junho de 2005. Neste texto vai-se destacar algumas:

- **Definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento** que garanta uma redistribuição de renda de cunho social;
- **Defesa da Seguridade Social** como política de proteção social universal;

- **Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS:** universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização;
- **Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social** mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional 29;
- **Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde** “contrária a terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos;
- **Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde,** com eliminação de vínculos precários.

Referências Bibliográficas

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** São Paulo: Cortez, 1995.

BENJAMIN, Cesar. **Economia Brasileira e Política Econômica.** In: *Universidade e Sociedade*, Brasília: Andes, out. 2003. ano XIII, n. 31.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência.** Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Questão da Saúde e Serviço Social:** as práticas profissionais e as lutas no setor. Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária.** Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____. **A Política de Saúde na Década de 90:** Projetos em Disputa. In: *Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE. Serviço Social, 1999. Vol. 4.

_____. **As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde.** In: CFESS/ CEAD. *Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

_____. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. **A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões.** In: Revista INSCRITA Brasília: CFESS , 2004. n.9.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate.** In: Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAZ, Marcelo. **O Governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XXV, julho, 2004. n. 78.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A "questão social" no Brasil.** Crítica do discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

COSTA, Nilson de Rosário. **O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil.** In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

EM QUESTÃO. O Brasil em números: Principais realizações em 18 meses. Editado pela Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República. Brasília, 06 de julho de 2004. n. 206.

GILSON, Carvalho. **O governo do PT e a Desvinculação dos Recursos da Saúde e Educação.** In: Abrasco Divulga - Boletim Informativo, 12 a 16 de julho de 2004.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, R. (org.) **Saúde e Sociedade no Brasil: os anos 80.** Rio de Janeiro: Relumé – Dumará .IMS/UERJ, ABRASCO, 1994.

FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES** (org.) São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MENDES, Eugênio Villaça. **Uma Agenda Para a Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PALOCCI FILHO, Antônio (Coordenador). **A Política de Saúde – Um Brasil para Todos.** Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro: ano XX 01, 026, set-dez, 2002. n. 62.

_____. **PROGRAMA DE GOVERNO.** Coligação Lula Presidente. São Paulo, 2002b.

PEREIRA, L. C. B. **A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira.** Brasília: MARE/ENAP, 1995.

SADER, Emir. **Política Nacional.** In: Governo Lula - decifrando o enigma SOARES, L. T; SADER, E; GENTILI, R; BENJAMIN, C. (Orgs). São Paulo: Viramundo, 2004.

SOARES, Laura Tavares. **O Debate sobre o Gasto Social do Governo Federal.** *In: Governo Lula - decifrando o enigma.* SOARES, L. T; SADER, E; GENTILI, R; BENJAMIN, C (Orgs). São Paulo: Viramundo, 2004.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. **O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira.** *In: Reforma Sanitária Itália e Brasil.* Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs). São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

_____. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária.** *In: Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria.* Teixeira, S. F.(org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

_____. **Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e Justiça.** Rio de Janeiro: Campus, 1979.