



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

ROSANGELA CELESTINA DE OLIVEIRA

**OS DESCAMINHOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS:
UM ATALHO PARA A PRIVATIZAÇÃO.**

CACHOEIRA – BA
JUNHO - 2016

ROSANGELA CELESTINA DE OLIVEIRA

**OS DESCAMINHOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS: UM ATALHO PARA
A PRIVATIZAÇÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia de Oliveira Pereira

CACHOEIRA – BA
JUNHO – 2016

ROSANGELA CELESTINA OLIVEIRA

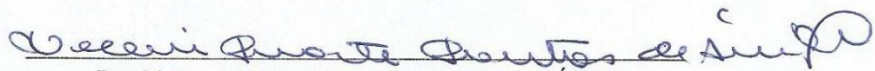
OS DESCAMINHOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS: UM ATALHO PARA A
PRIVATIZAÇÃO

Cachoeira – BA, aprovada em 15/08/2016.

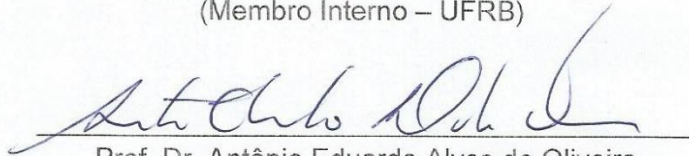
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Silvia de Oliveira Pereira
(Orientador – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Membro Interno – UFRB)



Prof. Dr. Antônio Eduardo Alves de Oliveira
(Membro Interno – UFRB)

A Deus que me deu forças para concluir este trabalho mesmo com todas as impossibilidades que se apresentaram durante esse processo. A minha família querida, em especial os meus pais, que sonharam este projeto junto comigo e me serviram de base e apoio nos momentos em que desistir se mostrava o caminho mais viável e aconselhável a tomar. A minha orientadora Silvia, que acreditou em mim e, de forma tão generosa, compartilhou além da riqueza de conhecimentos sua paixão pela SUS. E a todos que tem emprestado mãos e vozes na linha de frente em defesa da Saúde enquanto um direito não vendível, garantido para todos e de dever do Estado.

AGRADECIMENTOS

Agradecer não é apenas reconhecer que em um dado momento se precisou de alguém, mas perceber o outro, o esforço do outro em nos ajudar.

Assim, primeiramente, gostaria de agradecer ao meu Deus. Que nunca tem me deixado, e tem sido o maior incentivador dos meus sonhos. Que apesar de conhecer todas as minhas fraquezas e falhas não cansa de me surpreender com Seu extremo cuidado e incomensurável amor de Pai.

Aos meus amados pais que não se cansam em fazer da minha vida a história mais linda. Que sempre estão do meu lado nos bons e ainda mais nos maus momentos. Sem os quais jamais conseguira terminar este trabalho monográfico, e ter chegado tão longe apesar de todas as impossibilidades que se apresentaram no caminho. A vocês, que são toda minha vida, meu amor e gratidão eternos.

Aos meus queridos irmãos, Marcos, Celi, Denis, Rose, Zeni, Pedro, e José, meus sete anjos. Que sonharam e sofreram junto comigo no longo e cansativo processo de realização desse TCC. E com quem divido risos e lágrimas, vitórias e problemas, que estão comigo na saúde e na doença, e tem orado em dobro por mim. Sou grata por cada um de vocês em minha vida, e por tudo que fazem por mim sempre. É bom saber que tenho amigos, e que além de tudo, temos o mesmo pai e a mesma mãe.

Aos meus sobrinhos amados, Bia, Lory, Caio, Carol, Lipe, Rafa, Jana, e Nanau, que sempre acrescentam cores aos meus dias, que acreditam piamente que sou a nona maravilha do mundo. E as vezes até conseguem me fazer acreditar também. Para vocês, todo o meu amor e o mundo.

Ao meu pequeno, meu amor, meu Toby. Que sempre esteve me acompanhando e fazendo companhia nas muitas madrugadas que passei em claro. Quem mais presenciou minhas lágrimas e angustias durante esse projeto, e como se me entendesse, dava o apoio mudo e cheio de afeto que só ele sabe dar.

A todos os demais parentes e agregados da família pelo apoio e muitas e muitas orações, especialmente: Nando, Lau, Mony, Regina, Pedro, Weliton, Aline, Raimundo.

A minha amiga mais que querida, Aiana, por todos os risos, e toda cumplicidade. E por ter trazido para nossas vidas essa fofura que é nosso príncipe Felipe.

A Michelle, por todo apoio e parceria durante todos esses anos de amizade.

A Lua, por ser essa amiga tão presente e amorosa.

A Rafael, por todo companheirismo durante essa trajetória. Afinal, foi do primeiro até o último dia me aturando nessa faculdade. E que com certeza, é um amigo que desejo ter sempre perto.

A Marcinho, Rafaela, Mille, Meires por todos os momentos maravilhosos que compartilhamos e que ultrapassaram os muros da sala de aula para a vida.

A Lilian por ser a pessoa com a alma mais linda que conheço, e minha irmã siamesa em tempos de estágio. Com quem dividi as angústias e os medos dos primeiros contatos com nosso fazer profissional.

A Jéssica, que além de minha supervisora de campo, tornou-se minha amiga particular.

A todos do Hospital Municipal de Cruz das Almas, pelo carinho com que me acolheram. Com vocês aprendi e vivi intensas experiências.

A todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. E em especial, meu saudoso professor Samuel Peixoto, por ter acreditado em mim e dito palavras que trago até hoje em meu coração. Que me reconfortam e dão coragem ante os desafios acadêmicos.

Em especial quero agradecer a Professora Heleni e ao Professor Eduardo que honraram meu convite, aceitando participar desta banca.

E a pessoa que mais se dedicou em me ajudar na feitura deste trabalho, minha querida orientadora Silvia. Obrigada por todo tempo, todo carinho, todo apoio, e por não me deixar desistir. A caminhada foi difícil, dolorosa, mas que bom que pude contar com alguém que compartilhou bem mais que conhecimentos. Alguém que acreditou que eu conseguiria, e me fez ir além do que eu achava que poderia chegar. Todo o mérito deste trabalho é seu também.

A todos que contribuíram direta e indiretamente, meu muito obrigada!

“Ai, antes fosse mais leve a carga. Entre estatais e multinacionais, quantos ais! A dívida interna. A dívida externa. A dívida eterna.”

(Lira Itabirana – Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

O presente trabalho monográfico tem como objetivo discutir os descaminhos tomados na implementação do SUS enquanto estratégia mercadológica de privatização da saúde, e os mecanismos utilizados pelo capital para justificá-la. Esse estudo surge das contradições que se apresentam entre o SUS constitucional e o SUS real, e se reforça dada a emergência desse debate na atual conjuntura do sistema político brasileiro. Para entender a complexidade do processo de sua criação, se fez necessário uma reconstituição histórica da saúde, enquanto um direito garantido por um Estado centralizador - patrimonialista e clientelista, e essa tensão entre público e privado que a norteia. Os resultados apontam a questão do financiamento como o maior entrave a ser superado, e reforçou a importância do conhecimento enquanto agente empoderador para efetividade da mobilização social na defesa da saúde enquanto direito e da plena democracia.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento. Mercantilização. Privatização.

ABSTRACT

This monograph aims to discuss the waywardness taken in the implementation of SUS as long as strategy of privatization of health, and the mechanisms used by capital to justify it. This study arises from the contradictions that arise between the constitutional SUS and the real SUS, and is reinforced given the emergence of this debate on the current situation of the Brazilian political system. To understand the complexity of the process of its creation, it was necessary a historical reconstruction of health as a right guaranteed by a centralizer state - patrimonialist and clientelist, and the private public tension that guides. The results point to the issue of funding as the greatest obstacle to be overcome, and reinforced the importance of knowledge while empowering agent for effectiveness of social mobilization in protection of health as a right and full democracy.

Keywords: Health Policies. Sistema Único de Saúde. Financing. Marketization. Privatization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Gráfico 01. Participação da CPMF na Receita Total do Ministério da Saúde -1996 - 2005.....	60
Figura 02. Quadro 01. Estimativa do Gasto em saúde no Brasil 2008.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Retração da esfera Federal em gastos com saúde.....	50
Tabela 02. (Figura) Gasto das Três esferas com Ações e Serviços Públicos em Saúde 2000 2011.....	52
Tabela 03. Gasto Público em Saúde Pública x Setor Privado	54
Tabela 04. Hospitais de Gestão Terceirizada na Bahia	73
Tabela 05. Serviços de Apoio por imagem via PPP	75

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIS – Ações Integradas de saúde

ASSUFBA – Sindicato dos Trabalhadores Técnico – Administrativo das Universidades Públicas Federais e Fundações Apenas do Estado da Bahia.

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

COFINS – Contribuição Social para Financiamento da Seguridade Social

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FNCPs – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas

MESP - o Ministério da Educação e Saúde Pública

MTIC - Ministério do Trabalho Indústria e Comércio

MRS – Movimento de Reforma Sanitária

NOB – Norma Operacional Básica

PPA – Plano de Pronta Ação

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIREITO CONSTITUCIONAL EM TEMPOS DE CRISE.....	16
2.1 A trajetória da Saúde Pública no Brasil.....	16
2.2. O Movimento de Reforma Sanitária: o retrato de um longo caminho de luta.....	23
2.3 SUS: Direito Constitucional Garantido Por Um Estado Capitalista.....	35
3. FINANCIAMENTO: A PEDRA NO SAPATO DO SUS.....	48
3.1. Financiamento ou subfinanciamento do SUS? Uma questão de distorções e desigualdades no Brasil	48
3.2. Três Governos e uma só prioridade: a superação da crise econômica do País.....	58
3.2.1 Financiamento da Saúde no Governo de FHC: um direito despriorizado em favor do ajuste fiscal e da Reforma do Estado.....	58
3.2.2. O Financiamento da saúde no Governo Lula: a surpresa que ninguém desejava ter.....	62
3.2.3. O Financiamento da Saúde no Governo Dilma: o avançar do processo mercantilista da saúde a moda estrangeira.....	67
3.3. Os impactos do subfinanciamento na Bahia: uma sequência de sucateamentos e privatizações.....	71
4. MOBILIZAR É A MELHOR DEFESA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE LUTA DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.....	77
4.1 Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Pelo SUS e pela Reforma Sanitária	77
4.1.1. Os novos modelos de gestão nos serviços públicos de saúde: o estopim para a organização da Frente Nacional contra a privatização.....	82
4.2 Empoderamento social: o conhecimento de direitos enquanto estratégia de fortalecimento de luta em defesa do SUS.....	88

4.3. Uma ponte para um futuro retrógrado: desafios frente a atual conjuntura política do País.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

1. INTRODUÇÃO

As políticas de saúde no Brasil anterior a criação do SUS seguiam os moldes dos princípios de seguro social, onde o benefício a assistência médica era restrito a uma clientela específica de trabalhadores que possuíam vínculo formal. Aos demais - que somavam a maioria da população - cabiam as ações curativas do Estado e a caridade de entidades filantrópicas. E como se esse sistema excludente já não fosse suficiente, ainda são obrigados a assistir os poucos recursos públicos serem paulatinamente direcionados para o setor privado.

As prioridades dessa política só foram redefinidas em meados da década de 80 com a promulgação da Constituição Federal. Quando por pressão da sociedade civil – conhecido como Movimento da Reforma Sanitária - a saúde passa a ser reconhecida enquanto direito fundamental a ser garantido pelo Estado. Organizado em um Sistema Único de Saúde, orientado pelos princípios da universalidade, Integralidade, Equidade e pelas diretrizes de regionalização e hierarquização. Ampliando assim o próprio conceito de saúde pública no país.

O SUS veio sendo implantado gradualmente, antecedido por diversas ações que desenharam o caminho que viria a traçar enquanto sistema fundamentado na concepção ampla de cidadania plena. No entanto, com o advento do neoliberalismo essa implementação passa a sofrer diversos ajustes e reformas estruturais: subfinanciamento, terceirização, contínuo processo de sucateamento. Esses são apenas algumas das ameaças que começam a se intensificar no interior dos hospitais e equipamentos públicos de saúde, ocasionando atendimentos precarizados, filas intermináveis, e atendimentos que não são dos melhores. Problemas esses que serão propagados como sendo do cotidiano do SUS numa manobra mercadológica e privatista regida pelos interesses do capital.

Assim, o objetivo deste trabalho monográfico é refletir a respeito do Sistema Único de Saúde e esses descaminhos frequentemente tomados em seu processo de implementação. Tendo em vista a privatização do SUS enquanto estratégia de mercantilização na saúde, e os mecanismos que o capital tem utilizado para justificá-la.

Fruto de uma aspiração pessoal, surge das inquietações a respeito das diversas contradições que se apresentam entre o SUS constitucional e o SUS real. E que se reforça dada a emergência desse debate na atual conjuntura em que se encontra o sistema político brasileiro. Onde a saúde pública tem sido dada a sacrifício em favor de um desenvolvimento econômico, concebido para atender os interesses de uma pequena parcela elitizada da população.

Para alcance de tal tarefa, nossa escolha metodológica foi realizar uma exaustiva e sistemática revisão de literatura a partir de artigos, livros, e teses, que estão disponibilizados nos sites: SCIELO/ CEBES/ FIOCRUZ. Legislação da Constituição Federal de 1988, emendas constitucionais, portarias, projetos de lei. E também levantamento de dados documentais secundários do DATASUS. A natureza da pesquisa é explicativa, pois pretende responder o motivo dos descaminhos tomados na implementação do SUS. Parte a priori do resgate histórico do Sistema, os percalços enfrentados desde então, e como alguns mecanismos tem sido utilizado de forma a propiciar a sua privatização.

Tem como norte o materialismo histórico dialético, uma vez que intenciona compreender o Sistema Único de saúde (SUS) em sua especificidade e complexa relação com a totalidade social. No que tange ao que é de fato em sua gênese enquanto direito, o que o tornaram na realidade com uma implementação limitada e um sucessivo processo de sucateamento em seus serviços, e qual a finalidade de tudo isso.

Este trabalho foi estruturado em três capítulos. O primeiro intitulado “*Sistema Único De Saúde: Direito Constitucional Em Tempos De Crise*” descreveremos a trajetória da saúde no Brasil, perpassando pela Reforma Sanitária até a implementação do SUS, focando sua nova concepção de direito constitucional a ser garantido por um Estado regido pelo modo de produção capitalista.

No segundo capítulo “*Financiamento: A Pedra No Sapato Do Sus*” discutiremos os percalços encontrados no processo de implementação do SUS, focalizando a questão do financiamento. A priori faremos um breve apanhado como esse financiamento foi concebido trazendo consigo a herança estatal de expansão do setor privado. Em seguida apontaremos como ele foi se desenvolvendo e ganhando forma em três modelos de governos sucessivos - Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva, e Dilma Rousseff – destacando as principais ações e propostas que foram construídas ao longo dessa trajetória. E por fim faremos um balanço dos impactos dessas ações no setor saúde, em especial na Bahia, listando as instituições que já foram penalizadas com a privatização.

O terceiro “*Mobilizar É A Melhor Defesa: Uma Análise Do Processo De Construção De Luta Da Frente Nacional Contra A Privatização Da Saúde*” analisaremos o que e como a temática tem sido abordada em debates e produções dos movimentos sociais atuais. Nosso esforço neste capítulo será mostrar que o movimento de Reforma Sanitária não acabou. Traçando assim o caminho pós 88, e o surgimento de um novo mecanismo de controle

democrático: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Pontuando suas principais propostas e estratégias de atuação.

Nas considerações finais faremos uma retomada de alguns pontos importantes da discussão realizada ao longo do trabalho, apresentando o SUS que defendemos e os caminhos que deverão ser tomados para que, de fato, sua implementação aconteça do jeito que foi idealizada. Reforçando a importância do conhecimento enquanto agente empoderador para efetividade da mobilização social na defesa da saúde enquanto direito e da plena democracia.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DIREITO CONSTITUCIONAL EM TEMPOS DE CRISE.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu institucionalmente em meados de 1988 quando, por pressão de movimentos da sociedade civil, a saúde no Brasil passa a ser entendida como um direito de todos a ser garantido pelo Estado. Contudo, para entendermos a complexidade do processo de sua criação, é de vital importância retornarmos um pouco na trajetória histórica da saúde em um Estado fortemente marcado pelo viés centralizador - patrimonialista e clientelista, e essa tensão entre público e privado que a norteia.

Dito isto, iniciaremos este estudo traçando o perfil da saúde pública no Brasil anterior ao SUS, pontuando a forma como era acessada, quem tinha direito a esse acesso, bem como, o ponto de partida para a redefinição das prioridades da política do Estado nesse campo. Em um segundo momento evidenciaremos o SUS enquanto direito constitucional garantido por um Estado regido pelo modo de produção capitalista. Focando os contrapontos em que o Sistema é submetido atualmente numa manobra absurdamente denominada “ante crise” política e econômica do país.

2.1 A trajetória da Saúde Pública no Brasil.

Segundo dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)¹ a história da Saúde Pública no Brasil é fortemente marcada por consecutivas reestruturações administrativas. Do período colonial até a década de 1930, as ações desenvolvidas nesse campo não possuíam nenhuma organização institucional significativa.

Até então os “preceitos da saúde pública respondem às medidas de caráter coletivo, em particular as campanhas sanitárias”. (COHN et al., 1991, p.15). A questão era tratada em caráter proeminentemente curativo, e cabia ao Estado apenas as ações de controle de endemias. O acesso ao atendimento individual era limitado apenas àqueles que possuíam vínculo empregatício formal com empresas ligadas a exportação e ao comércio, ficando a cargo das

¹ Dados disponibilizados no site da Fundação, sem qualquer menção de autoria ou ano.

Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP)². Os demais, que somava a grande maioria da população, restava apenas a caridade das entidades filantrópicas.

As CAPs marcam o início da Previdência Social enquanto resposta as expressões da denominada questão social no Brasil. Regulamentada a partir da Lei Eloy Chaves, que traz uma nova definição para as medidas de proteção social no país, reconhecendo a assistência médica legalmente como uma política de saúde.

De acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005, p.32) até esse tempo, os problemas de doença, invalidez ou falecimento eram de responsabilidade dos próprios trabalhadores, que organizavam uma espécie de *fundos de auxílio mútuo* na tentativa de lidar com esses eventuais incidentes. Com a regulamentação das CAPS, marca o início da “responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços” e, em especial, no âmbito da assistência médica.

E é a partir desse momento, também, que tem origem uma característica crucial da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica, muito mais restritiva que saúde, com pertinente à esfera privada e não pública. Não se constitui, portanto, saúde como direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal, e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório. (COHN et al., 1991, p.15)

Ou seja, tratava-se de um modelo de saúde sob os moldes dos princípios de seguro social, onde o benefício a assistência médica era restrito a uma clientela específica de servidores públicos que tinham que pagar para ter acesso a ele. Havia uma condicionalidade latente: contribuir para ter direito.

Já na década de 30, a maioria dessas CAPs são absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) que além da mudança de nomenclatura também terá sua direção administrativa composta não mais por empregados e empregadores, e sim, por um representante do Estado auxiliado por um *colegiado* que não possuía nenhum poder deliberativo. Os benefícios continuarão sendo ofertados de forma excludente: apenas aos trabalhadores formais que contribuam com o sistema previdenciário. Esse modelo permanece até 1966, quando todo o sistema passa então a ser unificado no Instituto Nacional de Previdência Social-INPS.

² Criadas em 1923, as CAPs eram “entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial: benefícios em pecúnias e prestação de serviços”. (COHN et al., 1991, p.14-15).

(...) a importância da presença da previdência social nos serviços de saúde, e sua opção pela compra dos serviços privados – seja sob a forma de credenciamento ou sob a forma de convênios – associada a um decrescente gasto do orçamento da União com o setor, cristaliza-se nessa mesma década o setor privado de prestação de serviços médicos. Mais do que se cristalizar, esse setor floresce e se capitaliza às custas da intervenção estatal não na área propriamente da saúde, mas da previdência social. Em Contraposição, a rede pública de serviços passa a sofrer um acentuado processo de sucateamento, fruto da sua não-prioridade no interior das políticas de saúde, e destas no interior das diretrizes políticas gerais do país”. (Ibidem, p.16-17)

No trecho acima os autores indicam o início do processo de sucateamento da saúde em benefício do setor privado no país. Que caracteriza bem a construção das políticas públicas no Brasil subordinada prioritariamente aos interesses econômicos e políticos preconizados no ideário capitalista, e que serão executadas por meio de práticas assistencialistas e clientelista³. Onde essa diferenciação de clientela será “manifesta em termos de um grande marco divisório entre carentes – orientados para o setor público e filantrópico – e assalariados – orientados, por intermédio da previdência social, para o setor privado”.(Idem). Ou seja, o direito a um atendimento amplo e qualificado de saúde era destinado a quem podia pagar para tê-lo.

Essa dualidade entre setor público e privado irão marcar os anos seguintes. Que fomentado por distensões políticas, crise econômica, e diversas reivindicações por todo país por melhores condições de vida, trarão ao patamar de debates a emergência de uma seguridade social no país, ainda que implantada de forma residual⁴.

Sempre condicionada a legitimidade do trabalho, essa seguridade social passa a ser prestada de forma setorial e fragmentada. Onde uma parcela da população era coberta pelas políticas de proteção social, e outra (que somava um número absurdamente maior) ficava de fora dessa cobertura por não possuir vínculo empregatício. Fato que tinha sua explicação no modelo de desenvolvimento executado no país, caracterizado por grandes discrepâncias regionais, e por uma cidadania dita *regulada*. (BEHRING E BOSCHETTI, 2007; FILGUEIRA, 1997; ZIMMERMANN E ANDRADE, 2008.)

Como bem coloca Cohn et al (1991, p.92),

(...) o que sempre orienta as políticas sociais é o emergencial e o terapêutico para a recuperação da força de trabalho. Com essa finalidade os recursos investidos obedecem à lógica principal de atender a classe trabalhadora nos seus diferentes

³ Citando Kaufman (1977) Carvalho (1997) conceitua clientelismo como “um tipo de relação entre atores políticos que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto”. (CARVALHO, 1997, não paginado)

⁴ A intervenção do Estado era temporal e limitada acionada quando a família, os parentes, ou o mercado não conseguia dar conta de resolver aquele problema específico do indivíduo.

segmentos. É o que testemunha a história da previdência social e da assistência médica aos diferentes grupos de trabalhadores. E, assim, o que deveria constituir-se na saúde como um direito de todos traduz-se como assistência social para os segmentos mais pauperizados da população, sem direito contratual, aqueles para quem em tese como prioridade se planejam a hierarquização e a regionalização da demanda. E as formas sociais dos serviços de atenção à doença acabam por perder de vista a sua essência de manutenção da saúde, para inserirem-se nas condições gerais de produção.

Essa era a finalidade específica da política de saúde anterior a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ofertada pelo Estado: manter a produção dos trabalhadores formais e os interesses do grande capital. E nesse contexto, a grande maioria que não era coberto por esse vínculo empregatício, e não servia a manutenção do capital, ficava a mercê da própria sorte ou de um serviço limitado que escolhia dentre os necessitados aquele que estivesse em maior grau de necessidade. Onde,

(..) um dos princípios da equidade, “o tratamento desigual aos desiguais”, numa relação positiva assume aqui o seu oposto: neste país cabe às populações socialmente condenadas elaborar a sua capacidade de utilização da rede, precária e eternamente insuficiente, para ter acesso à assistência à doença, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para à sua maneira conquistar o “direito à saúde”. (Ibidem, p. 94)

Excluídos do mercado de trabalho e sem condições nenhuma de manter o mínimo necessário à sua sobrevivência, a população presencia os recursos públicos sendo paulatinamente direcionados para o setor privado. Enquanto disputam as migalhas que lhes eram ofertadas de forma emergencial, definido por Mota (1995, p.46) como uma “assistencialização da seguridade social brasileira”. Que vai ocorrer em concomitância com o processo de privatização e fortalecimento do setor privado na saúde, ainda em maior evidência na década de 70.

Lima & Pucú (1981) apontam em seus estudos que “houve substancial crescimento do número de consultas, internações, etc., no período de 1971 a 1977, sobretudo no setor contratado pela previdência Social. As internações cresceram 322%, as consultas médicas 638%, e os serviços de apoio diagnóstico 434%”. Sendo que esse aumento foi propiciado em sua maior parte por medidas do próprio governo.

Dessas medidas podemos destacar duas de maior relevância: a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) – que eram um conjunto de ações e instrumentos que davam margens a ampliação de contratação do setor privado para a executar serviços de assistência médica a encargo da Previdência Social – e a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) – que custeava o *investimento fixo de setores sociais*. A combinação dessas duas medidas de governo alavancou o setor privado na área de saúde. Onde o primeiro agiu na abertura de

mercado cativo, enquanto o segundo garantiu recursos físicos e subsídios financeiros, em especial no âmbito hospitalar. (ANDRADE, 2001; BRAGA & PAULA, 1981; BUSS, 1995).

A esse respeito Mota (1995, p. 140) nos alerta que:

Na realidade, esse movimento, iniciado na década de 60, desagua nos anos 70, por meio da consolidação de um verdadeiro pacto entre as empresas privadas e o Estado, em que é nítido o processo de privatização dos fundos públicos, via renúncia de contribuições sociais, isenções de impostos de rendas, liberalidade para inserir os custos da assistência na contabilidade empresarial.

Havia, portanto, um jogo de interesses explícito nessa negociata que privilegiava a expansão do setor privado em detrimento da coisa pública. Não se tinha ações por parte do Estado para criação de políticas públicas que objetivassem superar as expressões da questão social, pelo contrário, essas subordinadas ao fator econômico e político, serviam de paliativo apenas para manutenção e reprodução do capital, acentuando-as de forma fragmentada.

Nas palavras de Oliveira (1999, p.58-59) conseguimos extrair uma síntese precisa de como se deu o processo de formação da sociedade brasileira e de como ela influencia diretamente na relação entre Estado e Sociedade civil no país:

A formação da sociedade brasileira, se a reconstituirmos pela interpretação de seus intelectuais “demiurgos”, a partir de Gilberto Freyre, Caio Prado Jr, Sergio Buarque de Holanda, Machado de Assis, Celso Furtado e Florestan Fernandes, é um processo complexo de violência, proibição da fala, mais modernamente privatização do público, interpretado por alguma categoria de patrimonialismo, revolução pelo alto, e incompatibilidade radical entre dominação burguesa, e democracia; em resumo, anulação da política, do dissenso.

Ou seja, tratava-se de uma relação baseada na imposição ao consenso funcional das massas. Característica que descreve bem o que é um Estado patrimonialista de forte ranço patriarcal como o Brasil. Que segundo Lins (2000), trata-se de um sistema autoritário tão absurdamente exitoso que se sustenta a partir do estímulo involuntário de subordinação perpetuado pelas pessoas que também são vítimas dessa mesma subjugação.

E quais são caminhos traçados por esse sistema para consolidar sua hegemonia? Negando a ideia de lutas de classes e substituindo-a por uma outra extremamente benevolente ao funcionamento do capital mediante ao apoio entre grupos de *explorados* e *exploradores*. Como se a situação desigual fosse de ordem natural, imutável, e que concedia ao Estado o direito de punir e reprimir àqueles que não se adequassem a ele.

Lima, Fonseca e Hochman (2005, p.61) faz um apanhado geral de como a Saúde pública foi afetada por essa lógica centralista e ditatorial:

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de

recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas de vida que resultavam e altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílios, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas.

E que apesar de todas as tentativas de imposição e perseguição, ainda assim, não conseguiram abortar o projeto que ia se maturando nos interiores de universidades, sindicatos e movimentos sociais e que ecoavam em esperanças de uma totalidade de mudanças que transcendia em termos de concepção e formulação das políticas estatais.

Como bem coloca Paim (2008) é um movimento que surge do dilema preventista, onde o questionamento a respeito dos problemas de saúde não se equaciona nas explicações naturais e biológicas até então aceitas, assumindo assim uma nova concepção de problema social gerado por uma sociedade capitalista que trata de forma desigual os valores humanos.

De acordo com Teixeira e Oliveira (1985):

A política de saúde, adotada até então pelos governos militares, punha ênfase numa medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva. (...) Além de privilegiar uma prática médica curativa, em detrimento de medidas de ações preventivas de interesse coletivo, a política de saúde acabou por propiciar um processo de corrupção incontrolável, por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos, entre outros expedientes. (apud ESCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005, p.67)

Esses seguros privados além de comercializar a assistência médica prestada a seus segurados, indicando-lhes tratamentos longos e onerosos, não garantia cobertura total a todos. Poucos não foram os casos de recusa registrados pelos usuários que apesar de pagar pelo seguro, não conseguia acesso ao mínimo de assistência desses planos de saúde quando necessitava de um procedimento mais específico. Não havia nenhuma consideração com o estado do paciente, o que orientava as ações dessas corporações eram os termos burocráticos que tinham como objetivo final: o lucro⁵.

Pensar em uma reforma no setor saúde já era contrária a corrente que sobrepunha nas políticas de saúde da época, e tornava-se ainda mais emblemática ao ir além, pretendendo não

⁵ Essa corrupção que norteava os planos de saúde de empresas privadas podem ser melhor entendida a partir do documentário – *SICKO : SOS Saúde* – do diretor Michael Moore , lançado em 2007.

só uma reestruturação na forma de acesso à saúde, mas sim em todos os segmentos da vida do indivíduo, numa reforma social ampla.

A reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem estar social. A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou - se durante a luta pela democratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade - desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos -, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. (ALMEIDA, C. et al, 2011)

O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) como ficou conhecido, previa então uma intervenção ampla nas questões que influenciavam na qualidade de vida da população, seja na dimensão social, cultural, ambiental ou político-econômica. Sua concepção e formulação de reforma transcende as políticas estatais. Para ser aquilo que Heller (1986) denomina como uma ‘revolução do modo de vida cotidiana das pessoas’, a parti da democratização da saúde. (LUZ,1991; MENDES, 1993; PAIM, 2008; RONCALLI, 2003)

Nesse processo a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, representava um importantíssimo mecanismo de viabilização das propostas do MRS, e surge por iniciativa de um pequeno grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, provenientes do Departamento de Medicina Preventiva (DPM). Assim sendo, Escorel, Nascimento e Edler (2005, p.64), nos respalda pensar que:

Portanto, o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política, constitui-se a partir dos DMP num confronto teórico com o movimento preventista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. A reformulação do objeto de saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo.

Toda essa luta conceitual travada nos cernes do DMP de postura crítica e contra - hegemônica ao pensamento apregoado pela ditadura, vão ser amplamente fomentadas na revista *Saúde em Debate* do CEBES, que serve de instrumento divulgador da plataforma em prol da luta do movimento pela redemocratização da saúde, denunciando “as iniquidades da organização econômico - social e a perversidade do sistema de saúde privado e anti - social”. (RODRIGUES NETO, 2003).

Aceitando-se a tese de que a Reforma Sanitária é construída por um movimento que articula as práticas teórica, política e ideológica numa luta contra-hegemônica, deve-se considerar, também, a hipótese de que parte significativa da Reforma Sanitária se realiza no plano técnico-institucional no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde. (PAIM, 1997, p. 16-17).

Toda essa articulação tinha como foco principal o binômio Saúde e democracia, e foi o que garantiu sustentabilidade as propostas da Reforma Sanitária. Sendo que uma dessas propostas teve seu registro no documento titulado “A questão democrática na área da saúde”, apresentado no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados pelo CEBES.

Em 1979, surge a Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde coletiva (Abrasco) que passa a expressar o pensamento da saúde pública no Brasil mediante uma maior abertura de diálogos com os gestores de saúde. Assumindo duas funções importantes: primeiro a de *caráter mais corporativo, na defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva*, e segundo, *enquanto porta-voz dos pensamentos da comunidade científica*. “Na verdade, ainda que conservando o nome de pós-graduação, a Abrasco muitas vezes veio a público se manifestar sobre propostas políticas, estando com o Cebes presente em muitos fóruns da sociedade civil”. (SCOREL, NASCIMENTO E EDLER, 2005, P.68)

Tanto o CEBES quanto a Abrasco foram de suma importância para as mudanças que ocorreram no sistema de saúde desde o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva até o fortalecimento da visão contrária ao regime autoritário ditatorial, que desembocaram na participação de profissionais de saúde e representantes dos movimentos populares na 8ª Conferência Nacional de Saúde, aprovando o relatório cujas bases constituíram o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira. (SCOREL, 1999; RODRIGUEZ NETO, 1997; PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O Movimento da Reforma Sanitária foi crescendo e conquistando novas alianças ao decorrer dos anos. A sua proposta principal era a necessidade de toda uma reestruturação no arcabouço jurídico institucional vigente no país, que garantisse uma totalidade de mudanças. Mudanças essas que ampliasse o conceito de saúde e democracia seguindo os preceitos da igualdade, universalidade e equidade. E na qual nos debruçaremos com maiores detalhes na seção subsequente.

2.2. O Movimento de Reforma Sanitária: o retrato de um longo caminho de luta.

Segundo Arouca (1988) entende-se por Reforma Sanitária (RS) o processo originário da organização da sociedade civil que defendia a democratização da saúde a partir da transformação da situação sanitária em suas dimensões específica, institucional, ideológica e das relações. Dimensão *específica*, pois, lida com a questão da saúde populacional considerando suas especificidades e determinantes externos, “compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um”. (VAITSMAN, 1992, p.157-158). *Institucional*, ao partir do setor saúde enquanto produção de bens e serviços. *Ideológica* na concepção de mundo voltado para a relação saúde-doença “pelo seu máximo grau de abstração, aquela de “produção” e “reprodução social”, naturalmente intermediada por outras categorias, quando se trata de especificidades. (NOVAES,1997, p.213). E *das relações* que norteiam saúde e as demais totalidades sociais enquanto base e infraestrutura econômica, na composição do aparato jurídico-político enquanto ideologias e práticas. Sendo de forma simultânea: “bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças”. (AROUCA, 1988, p.3).

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito a proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionalmente chamado de reforma Sanitária. (BRASIL, 1987, p.381)

Já Paim (2008, 2009) trata a RSB enquanto “uma reforma social centrada na democratização da *saúde*, do *estado e seus aparelhos*, e da *sociedade e da cultura*”. E explica que a democratização da saúde possibilitava a garantia do acesso universal e igualitário através do reconhecimento do direito a saúde como algo inerente a cidadania. A democratização do Estado e seus aparelhos assegura a descentralização do processo de decisão, controle social e ético, e a transparência nos governos. A democratização da sociedade e da cultura: alcança esses espaços mediante a produção e distribuição justa da riqueza em prol de uma “totalidade de mudanças”, com políticas públicas e práticas de saúde pautadas na adoção da reforma intelectual e moral dos cidadãos.

Mas se analisarmos todo o histórico da saúde pública até chegarmos ao estopim dessa reforma sanitária, concluiremos que não é algo que surge na década de 70, mas que tem todo um processo de luta, recuos e avanços nessa direção.

Para os autores, Lima, Fonseca e Hochman (2005, p.28):

(...) a eclosão de vigoroso movimento sanitarista na segunda metade da década de 1970, em pleno contexto autoritário, e a posterior institucionalização de muitas de suas teses na Constituição de 1988, tendem a ofuscar movimentos e propostas

ocorridos em períodos anteriores. É importante acentuar a articulação de movimentos sanitários em outros contextos históricos, como o da Primeira República, no qual a saúde, pela via da política, foi alçada à posição de grande problema e, ao mesmo tempo, de solução nacional. Cabe ainda assinalar a importância atribuída a questões relativas à saúde nas propostas de civilização, tema recorrente em fins do século XIX e primeiras décadas do século XX, e de desenvolvimento, autêntica palavra-chave que pauta o debate nacional e internacional a partir da Segunda Guerra Mundial, com as sucessivas (re) qualificações desse termo: desenvolvimento econômico, social e humano.

Durante a Primeira República as políticas de saúde⁶ eram voltadas essencialmente para os problemas de integração nacional e doenças transmissíveis, combatidas firmemente com ideários e ações higienistas. Problemas esses, apontados como um atraso nacional que impediam o avanço civilizatório do país.

É nesse cenário que emerge o primeiro movimento de reforma Sanitária formado por médicos higienistas, orientados por novos estilos de ciência, fundada na bacteriologia. Esse movimento propicia a abertura do debate da saúde enquanto uma questão social e política. Até então, acreditava-se que as doenças epidêmicas que se alastravam pelo país eram decorrentes da inferioridade racial dos brasileiros, que tinha apenas um caminho para a remissão: a higiene. (ALBUQUERQUE et al., 1991; LIMA (Org.), 2005; LIMA E HOCHMAN, 2000; PENNA E NEIVA, 1916)

A esse respeito Lima e Hochman (2000, p.315) assinala que:

De fato, o período correspondente à Primeira Guerra Mundial e ao imediato pós-guerra foi, no exterior e no Brasil, marcado por uma intensa atuação de movimentos nacionalistas, que pretendiam descobrir, afirmar e reclamar os princípios da nacionalidade (...) favorecem debates e polêmicas sobre determinismo e melhoria racial, nos quais o debate sobre as condições de saúde tiveram um papel relevante.

Esses debates comumente eram orientados por duas linhas de pensamentos: um positivo que partia da premissa da *civilização – litoral- saúde*, e outro negativo que simbolizava o *retrocesso – sertão- doença*. Se observarmos as literaturas e produções dessa época encontraremos esses pontos bastante destacados. Acreditava-se piamente que essas características eram intrínsecas da cultura do país. E para resgatá-lo dos *males* a que estava submerso, era necessário um amplo processo de saneamento. As políticas de saúde, portanto, tinham esse caráter higienista e pautavam-se em ações configuradas nesse sentido de *salvação nacional*. Onde,

⁶ Com início datado de forma efetiva em meados dos anos 1910.

(..) a idéia da existência de dois países – o Brasil do litoral e o Brasil dos sertões - influenciava sensivelmente os projetos intelectuais do período. A tese do isolamento do sertanejo, defendida por Euclides da Cunha em *Os Sertões*, passou a ser qualificada como abandono dos sertanejos pelo poder público, como sustentaram os participantes do movimento sanitário da Primeira República. Desse abandono resultaria o grave quadro de doenças endêmicas existentes no país. (LIMA, FONSECA, E HOCHMAN, 2005, P.34-35)

O Estado aparece nesse contexto como o culpado pela maré de retrocessos que se alastrava rapidamente por todo o país. E que segundo o movimento sanitário, tinha uma origem clara não mais nos sertanejos, mas na situação de abandono a que o Estado submetia esses sertanejos. Essa visão defendida pelo movimento, conseguiu mudanças significativas na forma com que os sertanejos eram pensados.

Um exemplo claro dessa mudança trazido pelos autores supracitados é a caracterização do sertanejo - vulgarmente conhecido como *caipira* – feita por Monteiro Lobato, a partir da figura de seu personagem Jeca tatu. Criado anteriormente ao MRS como um “parasita da terra, marcado pela preguiça, e inferioridade racial”. E que teve uma recharacterização após a aproximação do seu criador com as propostas do movimento sanitário como “um brasileiro redimido pela higiene”. (Op.cit. p.35)

Vários outros resultados significativos foram apontados como conquistas dos movimentos sanitários da Primeira República, como trazer para saúde a responsabilização do Estado enquanto questão social e política. Concedendo valiosas contribuições as bases burocráticas da saúde pública no Brasil, “e na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro”. (LIMA E HOCHMAN, 2000, p. 314).

A criação do Departamento nacional de Saúde Pública (DNPS) se constituiu uma outra conquista do movimento, e seu resultado foi mediante um processo longo e intenso de negociação política envolvendo diversos órgãos. E traz mudanças significativas para o país como a obtenção de auxílios e o crescimento das ações em saúde e saneamento, seja na esfera federal quanto na estadual. Como confirma Lima, Fonseca E Hochman (2005, P.36)

As mudanças políticas implementadas com a criação do DNPS e dos postos de profilaxia rural, que acompanharam a centralização das políticas de saúde federais, remetem ao debate sobre as tendências antioligárquicas e os conflitos intraoligárquicos que se manifestaram na década de 1920, e culminaram com a Revolução de 1930. A criação do DNPS foi resultado de intenso processo de negociação política envolvendo sanitários, governo federal, estados e poder legislativo.

Esses conflitos surgiam por conta de interesses de oligarquias rurais que viam na proposta da criação do DNPS uma ameaça aos preceitos da autonomia estadual e aos ideários

de liberalismo absoluto mantido até o momento. Por isso ao longo do processo de implantação ele sofre alterações do molde inicial que seria semelhante ao criado por outros movimentos sanitaristas dos países latino-americanos com característica principal a *expansão da autoridade estatal sobre o território*. O DNPS vai ser liderado por Carlos Chagas, diretor na época do Instituto Oswaldo Cruz. (LIMA, 2002).

Dessas mudanças institucionais previstas na proposta do ministério e que vieram as vias de fato na década de 30, é que a política pública brasileira foi sendo moldada, conformando o sistema de proteção social a um arcabouço jurídico que se estenderia também a área de saúde. Tem-se instaurado no país, a partir do governo de Getúlio Vargas (1930-1945), o Welfare State⁷ ou Estado de Bem-estar. Onde as políticas públicas assistenciais passam a ser configuradas no campo da justiça material, limitando aquilo que era de direito ao patamar de benesses políticas. Tanto que a população passa a considerar Vargas – um ditador – como o “pai dos pobres”. (CANCIAN, 2007).

Na instância institucional, as ações públicas de saúde seguiram as distinções postas entre o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp).

De um lado, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, desenvolvida no MTIC, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. Era destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos que definiam aqueles reconhecidos como cidadãos, caracterizando o que foi definido por Wanderley Guilherme como ‘cidadania regulada’ (Santos, 1998). Do outro lado, no Mesp, atrelada à educação, ficou a saúde pública. Ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área de abrangência da medicina previdenciária. Ao Mesp cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários. (...). Tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, que intensifica sua institucionalização exatamente nesse contexto, formalizando no campo da saúde uma separação que até então vinha sendo apenas esboçada. Iniciou-se, portanto, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil. (LIMA, FONSECA E HOCHMAN, 2005, p. 41 e 42)

Esse processo de burocratização e institucionalização no âmbito da saúde pública configurou -lhe um novo lugar e um novo papel no que diz respeito a construção da Nação e do

⁷ Aqui entendido como a “mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista a fim de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população”. (Medeiros, 2001).

novo Estado. Marcando o começo da dualidade que conforma o sistema de proteção social no país, entre saúde pública e assistência médica previdenciária, com acessos e cuidados desiguais aos que são reconhecidos socialmente como desiguais. No campo do Estado do Bem-estar a noção de cidadania assume a condicionalidade do trabalho formal, e o conflito de classes passa a ser institucionalizado. Compatibilizando *capitalismo e democracia* pela extensão dos direitos políticos a partir da transformação das *demandas sociais em direitos*. (CANCIAN, 2007)

A reforma dos serviços nacionais a partir da criação do Ministério da Saúde, integrado em um órgão único, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), conservava como caráter hegemônico a “defesa do foco central nas doenças das coletividades, em especial nas endemias rurais que obstaculizavam o desenvolvimento em um país rural”. As ações eram coordenadas pelo governo, e apesar dos avanços enquanto tratar as doenças de forma específica, a saúde ainda permanecia sendo prestada de forma *verticalizada*, setorizada e desigual. (Ibidem. p.54).

A ação de prestação de serviços públicos de saúde não tardaria a ser utilizada como um instrumento de poder comercial no jogo de forças políticas. Um exemplo disso é presenciado durante o governo de Juscelino Kubitschek (JK) entre o período de 1956 a 1961, onde a questão do tratamento da malária passa a ser usado estrategicamente como “moeda de negociação” para angariar recursos financeiros do exterior na tentativa de amenizar os custos da política de saúde pública⁸. Diante da crise que pairou sobre seu governo devido aos altos gastos na construção de Brasília, JK viu no financiamento das campanhas de Erradicação da doença realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma saída para “folgar” os cofres públicos. (SILVA, 2008).

Na década de 70 o modelo de Welfare State passa a ter um novo molde seguindo os princípios da “meritocracia- particularista- clientelista”. Princípios estes que serão também imprimidas nas políticas de seguridade no país - caracterizado não pela noção de bem-estar social, e sim pelo forte autoritarismo e noções repressivas aos movimentos sociais e contrários ao andamento do desenvolvimento. “Questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais, não havendo por parte do governo central um programa de ação no sentido de atendê-las. (...). A previdência era predominantemente privada, organizada por empresas e categorias profissionais, e a questão habitacional não era considerada objeto de política pública”

⁸ Outras informações em SILVA (2008).

(BARCELLOS,1983, p. 17-18). E ficava restrito ao Estado somente a intervenção emergencial dos problemas que ocorressem nos centros urbanos. A saúde e doença passam a ser vistas como problemas decorrentes do desenvolvimento e da pobreza.

A esse respeito Medeiros (2001, p.15-16) nos esclarece que:

O Welfare State brasileiro é classificado por Draibe (1989, p. 10) como meritocrático-particularista-clientelista no período entre o início da década de 1970 e fins da década de 1980. Tipos meritocráticos agem como mecanismos de estratificação social à medida que definem políticas específicas para grupos sociais diferentes. (...) Diferentemente de um tipo residual puro, no qual a incapacidade de satisfazer às necessidades por meio dos recursos oferecidos pelo mercado coloca o indivíduo em uma situação “emergencial” e, portanto, merecedor dos serviços sociais; o tipo meritocrático exige para elegibilidade, além da condição (relativa) de “resíduo”, o pertencimento a determinado grupo (como a uma corporação, associação ou forma de inserção no mercado de trabalho) que contribui diretamente para a sustentação das políticas. Logo, como a seguridade não é estendida indiscriminadamente a todos os indivíduos de uma sociedade, os tipos meritocráticos são também particularistas. Tipos meritocráticos-particularistas tendem, no limite, a reforçar as desigualdades preexistentes, tendo-se em vista que indivíduos com maior dificuldade para satisfazer a suas necessidades são também indivíduos com menor capacidade para contribuir para o sistema de seguridade.

Conforme aponta Zanetti (1993) os sistemas de proteção social desenvolvido no Brasil possui especificidades desencadeados pelo processo de industrialização que remetem a demandas de cuidados igualmente específicas. Onde os direitos sociais são para aqueles que possuíam algum vínculo com o sistema previdenciário e tinha sua fundamentação em noções da *meritocracia particularista*. Ou seja, torna-se uma problemática de ordem social tratada por uma sociedade que julga os valores humanos como se esses fossem meras mercadorias. E a partir disso, numa cidadania totalmente regulada, decidia quem tinha ou não direito a participar do sistema de seguridade. Favorecendo assim a propagação da assistência médica financiada pela Previdência social.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidades de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país. (LIMA (Org.), 2005, p.61)

Essas Unidades de Serviços (US) consistiam em montantes pagos por atos médicos tabelados de acordo com complexidade e a densidade tecnológica empregado por serviço. O que estimulava os médicos a optar por procedimentos mais caros mesmo que desnecessários.

O que explica o motivo pela qual essas faculdades direcionavam seus estudos para a especialização e novas descobertas de indústrias farmacêuticas e equipamentos médico-hospitalares, sem considerar a realidade sanitária em que estava submersa a população brasileira.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) apontado por Carvalho & Goulart (1998) como uma prestação de assistência à saúde que favorecia a compra e venda de serviços de instituições médico privadas, a saber, hospitais e fábricas multinacionais de remédios e instrumentais médicos. Vai atuar nesse contexto financiando diversas empresas privadas, a partir do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), para a construção de hospitais igualmente privados. O INPS também vai estender a cobertura do seguro para todos os trabalhadores urbanos, unificando todos os institutos existentes. (RONCALLI, 2003; MENICUCCI, 2007)

A configuração público/privado na saúde como expressão da sua mercantilização tem sua expressão maior na criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS (pós-golpe militar de 1964), que por meio da implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde se constituirá em potente instrumento para a ampliação da dinâmica de acumulação no setor (COHN, 1980). Esse novo ajuste revela a organicidade da relação Estado/saúde em prol dos interesses dos produtores privados, pois ao Estado se reservava a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliação da capacidade instalada (COHN, 1995). Eis aí o processo sociopolítico e histórico que engendra a privatização precoce do sistema de saúde brasileiro com a conseqüente estruturação da produção de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos(...). (ELIAS, 2004, p.44)

Portanto, uma vez que o interesse do Estado se torna compatíveis e facilitadores aos interesses de produtores privados, uma nova proposta partindo da sociedade civil começa a ganhar força e exigir um conjunto articulado de mudanças a partir de uma nova consciência sanitária de cunho universalista. Em que a saúde passa a ser entendida como um direito que deve ser garantida de forma equânime pelo Estado e não por via de seguros e planos de saúde prestados pela assistência previdenciária.

O regime militar formula então uma nova estratégia em defesa dos interesses privados: dissolve o INPS e institui no seu lugar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – que associado ao Ministério da Previdência e Assistência social, prestava atendimento médico aos contribuintes da Previdência Social. Onde grande parte desses serviços era terceirizado, ou seja, realizado geralmente por empresas privadas mediante contratos, pagos por tabela proporcional ao número de atendimentos. Incentivando o cuidado focado na doença e não na promoção da saúde.

O movimento da Reforma Sanitária tecia críticas a esse modelo excludente condicionado a assinatura em uma carteira de trabalho realizado pelo INAMPS e focava sua proposta no binômio saúde e democracia - registrado no documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”- e apresentado pelo CEBES no 1º Simpósio de Política nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

Em 1979, surge a discussão envolvendo a criação de um Sistema unificado de Saúde fundamentados nos princípios que segundo Arouca (2003)⁹ “mostrava que o conceito de saúde e doença estava ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente”. Proposição essa retomada durante a 8º Conferência Nacional de Saúde (CNS) e ampliada enquanto projeto para uma reforma social geral.

Que como aponta Cohn et al. (1991, p. 23):

Esses princípios, formulados já na segunda metade da década de 70, vão se traduzindo, e aperfeiçoando, em medidas concretas na década posterior, produto do intrincado jogo de forças entre os setores progressistas – articulados em torno das teses reformistas – e conservadores. Exemplo disso são as Ações Integradas de Saúde (AIS), que têm os seus primeiros convênios assinados com os Estados em 1983, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que têm seus primeiros convênios firmados em 1987, e o texto constitucional, promulgado em outubro de 1988.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) incorporavam diversos serviços de saúde entre os entes federados, estaduais, e municipais, com vista ao pleno desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde para que estes pudessem se adequar aos critérios da política nacional de saúde. E tinham por finalidade a aplicação de uma política lógica de financiamento e planejamento da saúde, que potenciase a aplicação dos recursos disponíveis. Orientado, claro, pelo objetivo principal de melhorar a atenção à saúde prestada a população como um todo, mediante a capacidade de propiciar serviços com alto grau de resolutividade as questões prioritárias de saúde, com alocações de recursos em várias instâncias de saúde, com valorização do trabalho dos profissionais de saúde, estimular o ensino, pesquisa e serviços como

⁹ Entrevista encontrada em: Interview: Sérgio Arouca. Trab. educ. saúde. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 355-361, set. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000200010>.

componente necessário e importante no processo de formação desses profissionais, e principalmente, traçar a cobertura assistencial considerando todo o aparato técnico e financeiro viáveis. (BERENGER, 1996).

O SUDS foi criado¹⁰ na sequência, como uma iniciativa do INAMPS visando a universalização dos benefícios da assistência que até o momento limitava-se àqueles que possuíam trabalho formal e seus dependentes. Consonante com os princípios da Reforma Sanitária, pretendia aprofundar as experiências já obtidas pelas AIS. Experiências que por serem recorrentes de uma tentativa de *democratização limitada* possibilitada pela “reorganização institucional do próprio sistema”, necessitariam de um reconhecimento enquanto “estatuto de direito do cidadão à atenção à saúde, resguardada a equidade no acesso e na qualidade do atendimento” e isso tudo sendo garantido pelo Estado. E que caso assim não fosse, permaneceria aberta a porta da privatização da coisa pública onde a saúde era largamente usada como moeda de troca nos jogos políticos. (BERENGER, 1996; COHN, 2005)

Esse caso será amplamente debatido dividindo interesses dentro da Assembleia Constituinte: de um lado estava o setor privado representado na figura da Federação Brasileira de Hospitais e Associação de Indústrias Farmacêuticas; de outro o Movimento da Reforma Sanitária representado pela Plenária Nacional de Saúde. Os primeiros acusavam o Estado de incompetência na gestão da saúde, apontando a maneira irresoluta e desqualificada com que o mesmo prestava os serviços de assistência a população. O segundo tendo como representante Sérgio Arouca apresenta a “proposta de emenda popular foi assinada por mais de 50 mil eleitores, representando cerca de 170 entidades, reunindo sindicatos, parlamentares, partidos políticos e entidades profissionais, movimentos sociais, associações de usuários e outros”. Proposta essas que serão incorporadas em grande parte na Constituição Federal de 1988. (BRAVO, 2006; FENILLI, 2009)

Com a incorporação de boa parte de suas propostas pela Assembleia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, a Reforma Sanitária brasileira concretiza suas ações no plano jurídico-institucional. A que ficou conhecida como Constituição-Cidadã (embora acusada de tornar o país “ingovernável” por alguns setores), incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988a): A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

¹⁰ Em 20 de julho de 1987 pelo Decreto nº94.657.

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (RONCALLI,2003, P.34)

Entretanto, afirma Fagnani (1997, p. 220), esses avanços foram seguidos por um esvaziamento da estratégia reformista no período compreendido aproximadamente entre 1987 e 1992. Insatisfeitos com a grande perda que tiveram, os conservadores ligados ao setor privado deram início a um duro processo de “contra-reforma” direcionando diversos ataques a Constituição e ao novo Sistema Único de Saúde de acesso universal. E mesmo que não tenham conseguido impedir a implementação, vai gerar entraves que em muito vai afastá-lo na prática do projeto inicial em que foi originalmente concebido.

A “contra-reforma” conservadora é caracterizada por ampliação do assistencialismo e do clientelismo, paralisação da “estratégia reformista”, desmonte orçamentário e burocrático no campo social e oposição sistemática das forças conservadoras do Executivo à agenda reformista, tanto em sua fase constituinte quanto na regulamentação complementar. A estratégia governamental de política social no período 1990/1992 é caracterizada por um “vigoroso processo de desaparecimento e fragmentação burocrática” resultante de ataques à presença do Estado na vida social (FAGNANI, 1997, p. 225).

No estudo realizado por Costa e Rizzotto (2013) essas resistências a efetivação do sistema inicia-se desde que o mesmo foi lançado como proposta no ano de 1986. E que esses conflitos tiveram grande influência na definição de políticas importantes na forma como vem sendo implementado, valendo destaque para a questão do financiamento, a complementariedade do setor privado e a falta de regulação durante esse processo. E que atualmente com o advento do neoliberalismo continuam reverberando em outros tipos de retrocessos ainda mais intensos como a desresponsabilização estatal, medidas que favorecem o crescimento dos planos e seguros privados de saúde, e constantes sucateamentos dos serviços públicos de saúde com vista a solução "única" da privatização.

Nesse mesmo sentido ratifica Paim (2008, p.635):

Na conjuntura pós-constituente pode-se identificar "anos de instabilidade" (1989–1994), a reforma do setor saúde nos governos da "social democracia conservadora" (MISOCZKY, 2002) do período de 1995 a 2002 e a as ambiguidades dos governos Lula. Os elementos que marcam esta conjuntura apontam para um esvaziamento do movimento sanitário, com uma atuação claudicante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e do Cebes, e um maior protagonismo dos gestores, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Com esse recuo dos movimentos sociais, os gestores CONASS e CONASSEMS passam a ganhar espaço no processo político de saúde. Passam a sustentar a reforma sanitária e a

implantação e formulação do Sistema Único de Saúde, mas as prioridades são modificadas. Vão trabalhar visando os interesses do Estado.

De acordo com Paim (2008), há uma dicotomia entre alusão e ilusão da proposta da Reforma Sanitária Brasileira enquanto prática. Alude enquanto uma reforma social ampla que abarca uma mudança de vida, uma revolução no modo de vida da população. E ilude ao limitar suas possibilidades restritas ao SUS. Quando se percebe um movimento se transformando em sistema.

Quando o ‘movimento’ da Reforma Sanitária reduziu-se ao ‘sistema’ (SUS), limitou-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário. O instituído dominou o instituinte (Faleiros; Silva; Vasconcellos; Silveira, 2006) e a dialética do menos pior continuou imperando (Teixeira; Paim, 2005). Consequentemente, as relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças, problemas e necessidades de saúde perderam seu espaço apesar dos esforços para se construir os distritos sanitários, da territorialização e dos modelos de atenção voltados para a diretriz da integralidade. (PAIM, 2009, p.34)

A RSB ainda assim foi trilhando timidamente apesar de muitos concluírem que sua agenda tinha se esgotado. Após as eleições de 2002, e com uma nova perspectiva de governo totalmente de esquerda, surge a oportunidade da reinserção do projeto na agenda das políticas públicas do país. Os ganhos no setor saúde, no entanto, não foram suficientes para fazer o projeto alavancar. (MENDONÇA et al., 2005; TEIXEIRA & PAIM, 2005; PAIM, 2008)

Alguns passos à frente do movimento sanitário, a exemplo da Carta de Brasília, da instalação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e da refundação do Cebes, acompanhados por iniciativas governamentais relevantes como a inclusão da promoção da saúde e dos determinantes sociais da saúde na agenda política foram neutralizados por uma série de reveses no ano de 2008 (PAIM, 2008b).

Apesar de todos esses reveses e recuos, é impossível negar que os Movimentos de Reforma Sanitária se mantem vivo nos dias atuais. E é incontestável seu legado para a democratização da saúde enquanto direito de todos, e o avanço de sua teoria de mudança social trazendo para o centro do debate fundamentos e análise processual de distintas conjunturas. Reforçadas nas palavras de Arouca: “uma totalidade de mudanças” no processo civilizatório da sociedade. Como aponta Vianna (2004, p.61) “a ruptura não veio, mas houve e está havendo a modernização capitalista e, em ‘ondas reformadoras sucessivas’, vem-se fortalecendo o processo de democratização que institui cada indivíduo dependente em um portador potencial de direitos à cidadania”.

Muitas outras considerações poderiam ser abordadas aqui levando em conta a extensa trajetória de luta embutido pelos movimentos de reforma sanitária até então, mas procuramos

de forma sintética apontar os principais pontos que perpassaram esse percurso e desembocaram na criação do Sistema Único de Saúde – nosso objeto de estudo nesse trabalho e que trataremos com maior detalhamento na seção posterior.

2.3. SUS: Direito Constitucional Garantido Por Um Estado Capitalista.

Após termos situado o contexto histórico em que se desenvolveu a saúde pública no Brasil, e as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária, chegamos ao ponto cerne de nosso estudo: o surgimento e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto direito constitucional garantido por um Estado capitalista.

Como vimos anteriormente, antes da conquista do SUS, somente aqueles que possuíam um vínculo empregatício formal tinham direito a assistência médica, cabendo aos demais, contentar-se com os paliativos precarizados ofertados por órgãos filantrópicos como as Santas Casas de Misericórdia e os postos de saúde que selecionava os mais necessitados dentre os necessitados.

As prioridades da política só foram redefinidas na área de saúde com a promulgação da Constituição cidadã em 1988 (BRASIL, 1988), onde ela passa a ser reconhecida enquanto um direito a ser garantido pelo Estado, com acesso absoluto das ações de saúde, garantindo assistência, prevenção e promoção a todo cidadão, independentemente de ele ter seguro ou não, pertencer a zona urbana ou rural, ou pertencer a classe A ou B ou C. Organizado em um Sistema Único de Saúde, orientado pelos princípios da universalidade, Integralidade, Equidade e pelas diretrizes de regionalização e hierarquização, que permitisse ampliar o próprio conceito de saúde pública no país.

Sistema este definido por Vasconcelos e Pasche (2006) como um:

(...) arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (...) instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial – estaduais, regionais, e municipais- para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531).

E que para Paim (2008) tratava-se, nada mais nada menos que, a maior política pública nascida da sociedade civil e que chegou ao Estado na história do Brasil. No entanto, todas essas conquistas constitucionais e todas essas mudanças que vão se delineando na forma do Estado intervirem nas ações concernentes as políticas públicas, não ocorrem em um cenário vazio. Pelo contrário, ele é ocupado por diversos atores com interesses distintos, e distintos mecanismos de pressão dentro desses espaços. Na saúde temos, atuando nesse complexo jogo de interesses, o dueto que o configura: os setores públicos e privados.

Esse autor ainda complementa que o SUS é *livre à iniciativa privada*, e que isso:

Representa o que foi possível conquistar naquele momento pelos deputados que defendiam a criação do SUS, embora viesse a ter consequências problemáticas depois. Segundo a Constituição, as ações e serviços públicos que compõem o SUS seriam complementados mediante contrato com serviços privados que, nesses casos, deveriam funcionar como se público fossem. Assim, o SUS seria organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público. (PAIM, 2009, p.47)

Parafrazeando a parte apontada pelo autor como “o que foi possível conquistar naquele momento”, fomos remetidos a onda neoliberal que assaltava o Brasil, no sentido literal da palavra, com sucessivas privatizações das empresas estatais e incentivos fiscais por parte do governo Collor visando a superação da crise econômica inflacionária. O ideário neoliberal também propunha a retração do Estado no âmbito da responsabilidade social, incentivando a redução constante dos investimentos públicos nos serviços de cunho sociais.

Esse modelo tinha como finalidade central fortalecer os interesses de mercado do capital, e vai atacar fortemente a mobilização social no campo político com sucessivas tentativas de deslegitimação dos movimentos sociais. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial passam a reportar esse ideário, que graças a necessidade de troca de auxílios financeiros dos países com essas agências financiadoras, serão de pronto, incorporadas pelos governos em suas diretrizes. (LAURELL, 1995). Daí a grandiosidade dessa conquista, mesmo que com tantas limitações de implantações, dentro desse cenário neoliberal.

O SUS veio sendo implantado gradualmente, antecedido por diversas ações que desenharam o caminho que viria a traçar enquanto sistema fundamentado na concepção ampla de cidadania plena, superando a visão deturpada e “regulada” de outrora. O primeiro passo dado nesse sentido foi a criação do SUDS e do INAMPS. Depois o próprio INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde a partir do Decreto nº99.060 datado de 07 de março de 1990.

O segundo ocorreu em 19 de setembro de 1990 com a promulgação da Lei orgânica da Saúde (popularmente conhecida como lei nº8080), ocasião em que o SUS foi de fato fundado,

tendo todo arcabouço legal regulando suas ações e serviços em todo território nacional, bem como, princípios, diretrizes e objetivos que o orientaria enquanto sistema. Complementado meses depois pela Lei nº8142, que trouxe para o SUS o controle social sendo os usuários partícipes da gestão de seu serviço. (SOUZA, 2002; VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

Nesse processo de incorporação do INAMPS ao Ministério de Saúde, várias características como financiamento e alocação de recursos financeiros também passaram a ser incorporados pelo SUS. Que se utiliza, nas palavras de Souza (2002), da lógica de uma instituição que possuía uma clientela específica para nortear sua atuação enquanto assistência médica de caráter universal. Segundo o autor:

A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, agora gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e no histórico dos gastos do INAMPS e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados. No momento que a assistência passava a ter um caráter universal isso significou um aprofundamento das desigualdades regionais, pois privilegiou estados com uma maior e mais complexa rede de serviços. (Ibidem, p.15)

E adotar outra forma de financiamento que fosse de encontro a esse histórico de alocação de recursos realizado pelo INAMPS, ocasionaria um forte embate político dos estados mais desenvolvidos e que recebiam uma quantidade maior desses recursos¹¹. O que por outro lado, reverberou em impasses que dificultaram a trajetória de implementação do SUS e o levaram por vezes a tomar outros rumos que não aquele desejado pelas sanitaristas no momento de sua criação. Nesse sentido afirma Paim (2006, p.03) que:

Conseqüentemente, diversas concepções ou “projetos” de SUS passaram a se delinear e competir no imaginário de técnicos, gestores, políticos, dirigentes e população, bem como na arena político-institucional, durante a sua implantação nos últimos 15 anos. Em outras oportunidades tem-se ressaltado pelo menos quatro tipos de concepções: o SUS formal, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias; o SUS democrático, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o SUS real, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macro-estrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o SUS para pobres, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais. Na medida em que as duas últimas concepções do SUS representariam a sua implantação tortuosa, a análise tomará como “padrão ouro” o SUS formal e o SUS democrático e como evidências empíricas àquelas obtidas na sua implementação tortuosa.

¹¹ O desenvolvimento da economia de um estado era proporcional a quantidade de recursos necessários a assistência da população. “Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das regiões sul e sudeste, mais ricos, e nessas regiões e em outras, em maior proporção nas cidades de maior porte”. (SOUZA, 2002, p.25)

Implementação tortuosa esta que se explica, nas palavras do autor, na contradição que perpassa a história brasileira e que não foi diferente na do SUS tendo como principais responsáveis por isso os grupos rivais do projeto de reforma sanitária. Onde pensava-se a possibilidade de retomar políticas racionalizadoras, tendo em vista,

(...) numa conjuntura recessiva e marcada pela histeria neoliberal, oferecer uma medicina simplificada para pobres e "descamisados", excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto considerando-se possível que grupos orgânicos às políticas racionalizadoras aderissem ao projeto conservador em saúde, "atuando numa faixa paralela à privatização do setor, ainda que utilizando a retórica da Reforma Sanitária" (PAIM, 1992, p.33).

Diante desse quadro, o debate proposto na 9^o Conferência Nacional de Saúde (CNS) veio no sentido de reafirmar os princípios do Sistema Único de saúde e enfrentou diversas tentativas de protelação por parte dos partidos políticos e do novo governo que se instalava no país. Tanto que ela só ocorre dois anos depois da data prevista. A esse respeito e sobre o governo de Collor, Luz (1994) sinaliza que:

Este, sabedor dos avanços que essa conferência poderia representar no sentido de universalização do direito à saúde, e da inevitável 'cobrança' por mais verbas para o setor, pela recuperação da rede pública de serviços de atenção médica, pelo efetivo controle do Estado sobre os convênios com a rede privada e pela transparência de decisões quanto às políticas de saúde, evitou o quanto pôde a realização desta conferência. Foi somente próximo da votação do *impeachment*, quando Collor sentia-se já sem forças política, que cedeu às pressões e deu o sinal verde para a realização da 9^o Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992. (Idem, p.144 apud ESCOREL E BLOCH in LIMA, 2005, p.101) (grifo do autor)

Conforme documento da Cebes (1992, p.04) o motivo que levou àqueles que antes defendia em discurso os preceitos da Reforma e a implantação do SUS, a compactuar com essa ação de impedir a realização dessa Conferência em especial, era o temor frente a crítica da população. Uma vez que na prática, seus discursos tomavam um outro sentido: enriquecer os próprios bolsos com os recursos públicos oriundos da centralização do Sistema.

A ameaça de uma revisão constitucional começa a pairar sobre a saúde, enquanto a reforma sanitária e o sus eram comprometidos com barganhas político partidárias. No entanto, todas essas investidas não só foram firmemente resistidas e levadas ao fracasso, como fervorosamente discutida e defendida durante a 9^a CNS¹². Da qual sintetiza bem ESCOREL E BLOCH (2005):

¹² Valendo destacar que essa Conferência em especial teve uma participação efetiva e em maior representatividade da esfera municipal, ao contrário da anterior que teve seu foco direcionado para os âmbitos estaduais e regionais.

(...) Entre as deliberações gerais, encontra-se o “fortalecimento das Conferências de Saúde, enquanto fóruns fundamentais para o processo de decisão sobre políticas e ações de saúde em todo os níveis”, a “promoção da implantação efetiva do SUS, respeitando os princípios dos textos legais e deliberações das Conferências de Saúde”; e a crítica à “desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde”. (In Lima,2005, p.87)

Todo esse debate desembocou em diversas outras conferências nacionais de Saúde pelo país, e teve como resultado de maior significância a elaboração da primeira Norma Operacional Básica (NOB) no ano seguinte. A NOB 93 objetivava regulamentar a implementação do SUS, e foi o marco para o rompimento da lógica do INAMPS e o início do processo de descentralização e consolidação da esfera municipal de governo. Trazendo uma reorganização dos serviços de assistência a população a partir de suas necessidades específicas, com foco no determinante social da doença e não mais no binômio causa/efeito puramente biológico da medicina usual dos anos anteriores. Nesse momento passa-se a observar uma alteração da responsabilidade de gestão que é transferida da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) implementada nos municípios. (BUSS E FILHO, 2007; ESCOREL E BLOCH, 2005; HEIMANN E MENDONÇA, 2005)

No entanto, alguns contrapontos devem ser analisados no desenvolver desse processo de transferência de responsabilidade do Estado para o âmbito do município. E Paim (1992) traz brilhantemente essa ressalva e ainda aponta a importância do Conselhos de Saúde¹³ (CS) enquanto controle democrático responsável por assegurar as devidas correções de possíveis “distorções administrativas e manipulações políticas”, bem como manter o aperfeiçoamento da funcionalidade do sistema de saúde.

Esses procedimentos de um lado protegeriam os municípios de uma municipalização “presente de grego” (32) em que a União e os Estados promoveriam uma omissão programada das suas responsabilidades diante das crises sanitária e de assistência pública médico-hospitalar (10,32), transferindo tarefas para os municípios sem os meios necessários para exercê-las. De outro lado, permitiriam à unidade federada e a União firmarem acordos com os municípios definindo prazos e formas de cumprimento das competências em Lei, e estimularem mudanças, na organização de redes de serviços, no modelo assistencial, e na política de recursos humanos, etc... (Idem, p.37)

Esse processo de democratização representava naquele momento uma tentativa de ruptura com a cultura perpetuada de autoritarismo político social, permitindo um canal novo de comunicação entre governo e sociedade civil. Mobilizando milhares de pessoas que se

¹³ Apontado por Labra (2005) como *espaços deliberativos* que constituem a *engenharia político administrativa* do SUS, importantíssimo no processo de *democratização das decisões setoriais*.

voluntariaram em prol da defesa do sistema enquanto um direito universal, do controle social para uma implementação sem lógicas nepotistas ou orientadas por benesses. (LABRA, 2005).

Mas logo esses espaços foram bombardeados levando para o interior do CS esses traços que inicialmente tanto combatiam, como a escolha de representante por afinidades ou acordos políticos. Para a autora citada anteriormente, essas correlações de forças políticas passam a representar a chave-mestra de todos os maiores desafios enfrentados pelos Conselhos, interferindo em sua autonomia e na eficácia de seus mecanismos de controle social.

Já no governo de Fernando Henrique Cardoso, observa-se outros retrocessos na reforma democrática postulada pelo projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Segue-se diversas medidas de ajuste macroeconômico, estabilização das políticas monetárias e sucessivas privatizações estatais. E por mais que a RS concentrasse sua luta na defesa do SUS, seus esforços não foram suficientes para impedir que a saúde fosse barganhada pelos interesses políticos, especificamente no que diz respeito ao financiamento e questões orçamentárias. (PAIM, 2002; idem, 2008). Nesse mesmo sentido aponta Bahia:

Na prática, as diretrizes legais do SUS, embora intactas, não foram suficientes para conter os movimentos que o moldaram segundo princípios distintos dos propugnados pela Constituição de 1988. (...) o SUS é considerado por uma grande parcela dos profissionais de saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um sistema para pobres. (...) encarada pelos otimistas como uma etapa de um processo de amadurecimento que evoluirá para a conformação de um sistema de fato único. Os pessimistas o vêem como demonstração cabal da ineficiência do público e imprescindibilidade do mercado. (BAHIA, 2005, p.410)

O SUS vai se expandindo em termos de serviços de saúde, mas de uma forma precária. O que só fomentou a visão deturpada que o ideário neoliberal queria influir no país, onde o Estado aparecia como “uma instituição ineficaz, deficitária e perniciosa para o desenvolvimento econômico e, por isso, deve restringir-se à manutenção da ordem, da liberdade e da propriedade privada, bem como assegurar condições para o livre mercado”. (BORLINI, 2010, p. 322)

Ou seja, havia uma tentativa evidente de redefinir o papel do Estado, passando esse a servir apenas para regular as relações sociais e os conflitos que fossem gerados pelo modo de produção capitalista. Passando assim a direcionar diversos ataques a nova constituição no intuito de desvincular a economia do desenvolvimento social, e desconstitucionalizar os direitos sociais a partir de uma nova definição da seguridade social. O próprio SUS passa a ter um racionamento de acesso da população aos seus serviços, o que gerou uma demanda ampliada de busca por planos de saúde. Numa perversa jogada de sucateamento do sistema em favor de tornar a mercantilização dos serviços de saúde e a privatização o único caminho inevitável de

solução para o mesmo. (BEHRING E BOSCHETTI, 2008; BORLINI, 2010; VISENTINI, 2006)

Segundo Bahia (2005) é possível compreendermos a sutileza com que todo esse processo foi configurado tomando como análise três dimensões em que se notava a disjunção do SUS do seu principal princípio constitucional – a universalização:

Em primeiro lugar, a extinção da contribuição direta dos trabalhadores formais e das empresas para o SUS esgarçou ainda mais os vínculos entre o mercado de trabalho e o sistema público de saúde. Em segundo lugar, a ‘liberação do mercado das amarras da intervenção estatal’ afetou também as relações do Estado com os serviços assistenciais e as empresas de comercialização de planos de saúde, aos postulados neoliberais traduziu-se na difusão da eficiência do mercado e de uma associação inequívoca entre os serviços de saúde de alta qualidade e complexidade à capacidade de pagamento de seus consumidores. Por fim, o reforço de políticas públicas calcadas nas deduções e nos subsídios fiscais, que substituíram as relações diretas entre a Previdência Social e as empresas empregadoras para o provimento de assistência à saúde, não são visíveis e, se evocadas, justificam o acerto das medidas de alívio das demandas ao SUS. (P. 434 -435)

Nas três dimensões fica evidenciado a fragilidade do instrumental das políticas de saúde em reverter o ranço da medicina previdenciária anterior. Justificando as medidas complementares pela disparidade entre demanda e oferta de serviços prestadas pelo SUS e pelo setor privado. Na lei há uma universalidade de acesso público complementada pelo setor privado que, nessa condição, assumiria a responsabilidade de ser prestado como se igualmente público fosse. Na prática “ uma duplicidade dos prestadores de serviços no atendimento as demandas do SUS e a das empresas de planos e seguros de saúde que organiza a rede assistencial do sistema de saúde no Brasil”. (BAHIA, 2005, p. 435).

Cerca de 70% da população era assistida pela rede SUS, mas a grande maioria dos médicos atendiam em consultórios e centros privados. Isso sem contar a existência de duas portas de entradas nos hospitais: uma para os cobertos pelo sus e outro para os segurados e detentores de planos de saúde. Um mesmo suporte físico de recursos será adaptado para atender demandas diferenciadas de clientes diferenciados. O que para autora supracitada resultará em:

Um tracejado de Sistema Nacional de Saúde bem mais tortuoso, extenso e repleto de ligações entre o público e o privado do que o delineado por uma clivagem dual entre os ‘que têm plano de saúde’ e os “que só têm direito ao SUS”. A hierarquização dos serviços de saúde é bem mais complexa e sutil. ” (Ibidem, p. 444)

E que refletia bem o quanto fugia na prática aquilo que tinha sido acordado na Constituição. Não havia no Brasil um sistema único, mas sistemas de saúde que sob a ordem econômica do mercado competia com o SUS na oferta de serviços e aumentava ainda mais essa dualidade entre público e privado, ainda que investida na sutileza. Ou seja, um sus para pobres,

e outro sistema voltados para os consumidores que poderiam pagar por um serviço mais qualificado. E todos recebiam subsídio do governo federal para continuar atuando, seguindo à risca o receituário do Banco Mundial para países em desenvolvimento. (BRAVO E MATOS, 2002; PAIM, 2009)

De acordo com Elias (1997) é válido pontuar,

(...) a engenhosidade política e econômica deste modelo proposto pelo Banco Mundial, que, ao contemplar um mix público/ privado na sua estruturação, garante simultaneamente a universalização dos serviços básicos - satisfazendo minimamente parte das necessidades sociais de saúde - e a regulação de mercado para o acesso aos serviços mais especializados, respondendo assim aos interesses dos agentes econômicos. No entanto, um sistema com esta configuração submete os serviços especializados às forças de mercado, e segmenta a sua oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário. (p.199)

Era a maneira mais sorrateira de agradar gregos e troianos, e a prova do quanto as conquistas da Reforma Sanitária foram frutos de uma longa negociação entre Estado, Mercado e sociedade civil. Sempre havia uma brecha que abria atalho para um caminho divergente daquele que foi acordado na Constituição. E nessa balança de interesses, o Estado sempre estava unindo forças ao Mercado por diversas questões que o colocavam em um patamar de vantagens.

(...) o papel desempenhado historicamente pelo Estado no Sistema de Saúde tem sido o de organizar os consumidores, direcionar o financiamento e o de conciliar os interesses estruturados em torno da saúde, sobretudo daqueles articulados com os produtores privados seja de serviços, insumos ou equipamentos. (...) Não obstante as mudanças ocorridas nos últimos anos, que apesar das suas diversas repercussões praticamente não alteraram o modelo de Estado voltado para os interesses privados e com baixa capacidade de regulação, configurou uma (des) organização dos serviços de saúde com distintas formas de articulação entre os setores público e privado direcionados para ocupar certos níveis da assistência. E desse modo, ao invés de um único sistema, conformam-se dois ou mais sistemas de saúde, que segmentam a assistência segundo vários critérios, sendo o principal deles a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica. (Ibidem, p.199-200)

As práticas de saúde então, passam a não ser determinadas pelo viés do direito para assumir uma característica latente de mercadorização. Bahia (2005) ousa dizer que o modelo de produção capitalista cristalizado no ideário neoliberal que o Estado assume transforma médicos e profissionais da área de saúde em meros revendedores de materiais, medicamentos, serviços e planos de saúde como mercadorias rentáveis. Não são estimulados a indicar tratamentos eficientes aos seus pacientes, mas sempre optarem pelos meios que lhes garantirão um maior retorno financeiro para seus bolsos e para os cofres das empresas que fazem parte.

Enquanto esse setor recebe auxílio do Estado para manter seus lucros altíssimos e meios para fazer uso de estudos avançados e tecnologias de ponta, o SUS passa a ter sucessivos cortes

orçamentários e por consequência uma dificuldade extrema de garantir com efetividade suas propostas. Nesse contexto é que ocorre a 10ª CNS trazendo a debate a urgência de reavaliar o SUS e a os entraves que estavam impedindo que ele se consolidasse enquanto sistema fundamentado nos princípios básicos da cidadania e do direito.

Assim como entra em vigor a NOB 96 que tinha como principal objetivo dar continuidade ao processo de descentralização recuperada da NOB 93, visando o aperfeiçoamento do modo de gestão do sistema e a reconfiguração do modelo de atenção à saúde. Indicava uma nova definição do vínculo entre os usuários e os serviços de saúde valorizando os núcleos familiares, mediante a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da família (PSF). Afirmando que para que essa redefinição do modelo de atenção à saúde e do próprio sistema só seria possível por meio de ações e serviços financiados não mais por critérios de produtividade e sim por programas ligados à promoção e a prevenção da saúde da população.

Rizzotto (2000) assim como diversos outros autores tecem críticas a essa proposta apontando como sendo desviantes dos princípios de universalização, integralidade e equidade do SUS. E não apenas quanto ao fato de institucionalizar um valor fixo do financiamento do Piso de Atenção Básica (PAB) sem considerar as especificidades de cada região ou as reais necessidades de saúde da população, mas principalmente por garantir apenas uma “cesta básica” de assistência à saúde selecionando os usuários por critérios pré-estabelecidos.

Sobre esse assunto Nogueira e Mioto (2007, p.236) nos esclarece que:

O artigo 35 da Lei 8080/90 define uma série de critérios para a alocação de recursos financeiros, entre os quais se sobressaem o número de habitantes, a situação epidemiológica e a rede instalada. Assim, o patamar mínimo de um piso básico seria calculado com base no número de habitantes, com acréscimo variável a partir de critérios legais, ouvido o Conselho de Saúde. A delimitação estreita do novo Piso de Atenção Básica de certo modo fere a autonomia municipal, transformando os Secretários Municipais de Saúde em simples gestores do sistema nacionalmente implantado.

Deste modo existe uma contrariedade na proposta da NOB 96 e a forma como viria a ser gerida. Em outras palavras, há enquanto proposta uma descentralização onde o poder do âmbito federal é transferido para as demais esferas de governo, mas na prática uma desconcentração onde a única coisa a ser transferida é a responsabilidade administrativa, onde a autonomia é limitada dentro de uma autorização prévia de atividades que podem ou não ser executadas pelos níveis hierárquicos inferiores subordinadas sempre no plano político econômico ao nível superior, a saber, o Estado. (ARRETCHE, 1997; JUNQUEIRA, 1995; VIANNA, 1992).

Assim, com tamanha limitação e uma cesta básica de saúde extremamente limitada e seletiva, totalmente desarticulada da atenção secundária e terciária, o SUS se verá dividido em dois grandes blocos: o primeiro concernente a assistência básica de caráter público prestada mediante programas focalizados para os pobres, e o segundo concernente a rede hospitalar prestada em sua maioria graças à parceria amplificada com o setor privado destinado aos consumidores. (BRAVO E MATOS, 2002)

Para Correia (2012) essa parceria constitucionalmente permitida de forma complementar por via de contrato ou convênio, na prática, alcança uma extensão de serviços privados sem precedentes, em especial nas áreas que correspondiam uma lucratividade maior que eram a média e alta complexidade. Passando assim a não só ganhar terreno no livre mercado, mas também por dentro do próprio Sistema Único de Saúde. Onde:

A expansão do setor privado por dentro do SUS é o que denominamos de privatização. Ela vem se dando através da compra de serviços privados de saúde “complementares” aos serviços públicos por meio das contratualizações de serviços da rede filantrópica/privada e, mais recentemente, através do repasse da gestão do SUS para entidades privadas, com a implantação de novos modelos de gestão. (p.02)

A ilegalidade desta forma de privatização se concretiza ao se admitir o contrário da complementariedade da prestação de serviços públicos por serviços privados - a sua substituição. Onde dada a insatisfação do setor privado apenas com o livre mercado, o mesmo passa a buscar dentro do Estado, a apropriação dos recursos destinados à política pública de saúde. Colocando o fundo público à mercê do financiamento da reprodução do capital. (Ibidem).

O primeiro passo dado nessa direção foi a criação do Plano de Reforma do Estado que trouxe para o cenário público as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesses público (OSCIP), que tinham como objetivo transferir para o setor público não- estatal os serviços que não eram de exclusividade do Estado. Ou seja, o Estado passa a responsabilidade no gerenciamento de determinadas ações públicas para empresas contratadas.

Diante da “incompetência” do SUS em gerir serviços de qualidades e que atendam a toda a demanda (com o financiamento irrisório que recebe) apregoada pelo Estado, essas organizações surgem como respostas para os problemas enfrentados pelo sistema. A partir da terceirização de determinados serviços seria possível atingir uma eficiência que jamais conseguiria por conta própria ou dependendo apenas do investimento estatal.

Ainda que a defesa dos que apoiam esse tipo de privatização se ampara no fato dela ser necessária para redução dos gastos públicos, autores como Possas (1996 apud CORREIA e

OMENA, 2013) refutam-na sob a alegação de que sua efetividade geraria maiores e não menores gastos no orçamento público, a julgar pelos exemplos claros de diversos países latino americanos em que os governos destinam altos subsídios aos prestadores de serviços privados e não são visualizados serviços de melhor qualidade ou que alcance a tão pretendida eficiência.

O que se visualiza é uma ação invertida da complementariedade constitucional, onde os serviços públicos assumem essa parcela complementar dos serviços privados. Que atualmente já somam mais de 60% dos serviços da média e alta complexidade.

Que teve seu desenvolvimento e se consolidou, segundo Correia e Omena (2013)

(...) mais especificamente a partir de 1998, quando a Saúde Suplementar passou a ser regulada pela Lei nº 9.656/1998, introduzindo novas pautas no mercado como “a ampliação de cobertura assistencial, o ressarcimento ao SUS, o registro das operadoras, o acompanhamento de preços pelo governo, a obrigatoriedade da comprovação de solvência, reservas técnicas, a permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro, dentre outras”. E em 2000, com a Lei 9.961/2000 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para regulamentar e fiscalizar o setor, baseando-se no Art. 174 da Constituição Federal/1988 que define o papel do Estado enquanto agente normativo e regulador da atividade econômica.

Essas regulamentações rompem de forma clara com a noção de saúde enquanto direito a ser garantido pelo Estado preconizado pelo MRS, naturalizando a *concepção de cidadão consumidor*, ao passo que contraditoriamente permite a atuação do capital estrangeiro. Esse projeto *privatista e mercadológico das políticas econômicas e sociais* tinha ainda uma esperança florescendo nas propostas de governo do candidato de esquerda Luís Inácio Lula da Silva. No entanto, ao ser eleito, o mesmo continuou seguindo as mesmas medidas neoliberais que tanto afligiam o setor saúde e em particular o SUS assumindo o mesmo compromisso de liquidar a dívida externa a qualquer preço. (BRAVO E MATOS, 2002; MENDES E MARQUES, 2005).

Nessa perspectiva, instituições estratégicas, voltadas à segurança interna e externa dos países centrais e, sobretudo, da organização do mundo capitalista – como o Banco Mundial e o FMI – atuam de forma a desestruturar e romper com as políticas sociais de caráter democratizante, não importando se para isso for necessário romper com a constituição federal dos países periféricos (RIZZOTTO, 2005). Na saúde brasileira isso pode ser exemplificado pela redução do gasto público, sob a justificativa do déficit fiscal; pela imposição de uma reforma institucional, descentralizando poderes e com eles os orçamentos envolvidos, bem como a separação das funções de regulador e executor do Estado; pela sugestão de restrição e discriminação do acesso; e também pela defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços, muito além da complementação, como sugere a Constituição do país. (BORLINI, 2010, p.329)

Essa disputa entre políticas focalizadoras versus políticas universalizantes continuam efervescendo até meados de 2005, quando passam então a ser vistas como complementares. As medidas empenhadas pelo Ministério da Fazenda previam redução mínima das ações do Estado, cabendo-lhes apenas políticas focalizadas para aqueles caracterizado pelo Banco Mundial como pobres e merecedores desse tipo de auxílio. Na época, aquele que possuía uma renda menor ou igual a UU\$ 2 por dia. Ou seja, os direitos alcançados na constituição passam a ser oferecido

como algo menor que compensasse minimamente a situação de pobreza de alguém. (FAGNANI, 2011)

Essa lógica também recai sobre o setor da saúde, e o governo passará a se responsabilizar pela garantia da cesta cada dia mais básica não da saúde, mas de uma assistência médica paliativa para os pobres. E é essa visão que será generalizada pela mídia para definir o SUS: um sistema de saúde para pobres. Em muitos aspectos extremamente longe do SUS ideal pensado pelos reformistas.

Acerca dessa rotulagem diversa que são erroneamente concebidas por técnicos, gestores, e principalmente pela população, Paim (2006) faz uma seleção das principais e delas destacamos duas: a concepção do SUS real e a do SUS para pobres. As quais o próprio autor caracteriza como:

(...) o SUS real, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macro-estrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o SUS para pobres, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais. Na medida em que as duas últimas concepções do SUS representariam a sua implantação tortuosa.

Implementação tortuosa uma vez que as diversas reformas estruturais e medidas governamentais tendem a espoliar-lo dia a dia para o setor privado. Quando fogem daquilo que ele realmente é de fato, para ser propagado como um sistema precarizado que não tem outra alternativa a não ser a terceirização, e o “auspicioso” caminho da privatização.

O SUS, portanto, tem muito mais ganhos do que problemas de gestão. Não se trata de um mero sistema de saúde que se resume em filas intermináveis e atendimentos desqualificados, mas de um grandioso passo na conquista de um direito à saúde que abarca serviços da vacina até transplantes de órgãos, com um desenho magnífico que conta com assistência médica, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, o banco de sangue mais completo do mundo, pesquisas científicas e tecnológicas, dentre diversos outros importantes serviços.

Como afirma o presidente da Cebes, Cornelis Johannes van Stralen (2015) todos esses desafios que se apresentam ao SUS nos diversos governos de um país reconhecidamente capitalista e excludente, em que os direitos sociais são resistidos duramente pelas elites dominantes, e poucas não são as medidas para aproximá-los cada vez mais do viés mercadológico, torna-se de vital necessidade ações que promovam não só a defesa desses direitos como a extensão das políticas e práticas de saúde como um todo.

O que se quer dizer é que direito à saúde é mais do que direito ao consumo de saúde. Portanto, direito à saúde é mais do que democratização do consumo da assistência

médica, embora esta lhe seja fundamental. Saúde é mais do que "a cesta de serviços", mesmo que públicos, ainda que estes sejam básicos à vida da população. (SPOSATI & LOBO, 1992).

Assim findamos esse capítulo reafirmando a necessidade de se debater mais a respeito do que significa para a saúde ter o respaldo constitucional enquanto um direito que deve ser garantido pelo Estado, de forma universal, igualitária e equânime, e não, reduzida como uma mercadoria qualquer que só tem acesso quem pode pagar por ela. Nosso esforço até aqui foi justamente tentar abordar os pontos mais importantes dessa longa trajetória de luta que nos propiciou essa conquista, e de como ela foi possível dado o contexto tenso em que estava mergulhado o nosso país. Destacando como isso interferiu e tem limitado a implementação do SUS enquanto ele foi originalmente idealizado pelos reformistas, e de como o fator financiamento tem se mostrado o entrave de maior destaque nesse direcionamento.

3. FINANCIAMENTO: A PEDRA NO SAPATO DO SUS.

Observando criticamente toda a trajetória do SUS desde a sua implantação até os dias atuais, nota-se que um dos pontos de maior destaque ao se falar em entrave é a questão do financiamento. Por isso nos ateremos nesse capítulo a compreender o porquê desse tema ser tão emblemático. Trata-se de um debate que produz reflexões sobre possibilidades para que o sistema alcance de forma satisfatória todos os seus princípios.

Partindo dessa premissa, iniciaremos esse estudo fazendo um breve apanhado em linhas gerais de como esse financiamento foi concebido trazendo consigo a herança estatal de expansão do setor privado. E como essa questão passa a dividir estudos assumindo o caráter de subfinanciamento dado aos recursos irrisórios que é destinado ao setor saúde no país.

Em seguida apontaremos como ele foi se desenvolvendo e ganhando forma em três modelos de governos sucessivos - Fernando Henrique Cardoso, Luís Inácio Lula da Silva, e Dilma Rousseff – destacando as principais ações e propostas que foram construídas ao longo dessa trajetória.

E por fim faremos um balanço dos impactos dessas ações no setor saúde, em especial na Bahia, listando as instituições que já foram penalizadas com a privatização e outras que seguem sob fortes ameaças desse advento. Considerando as especulações que são feitas sobre essa temática no Brasil para os anos subsequentes, com vista ao financiamento e ao gasto setorial em saúde.

3.1. Financiamento ou Subfinanciamento do SUS? Uma questão de distorções e desigualdades no Brasil.

É determinado pela Carta Constitucional (BRASIL,1988) que o SUS seja financiado pelas três esferas governamentais: Federal, Estadual e Municipal. Tais esferas seriam responsáveis por gerar uma receita que custeasse todas as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Estes, por sua vez, seriam planejados mediante a arrecadação e repasse orçamentário para o setor, com vista a garantia do Sistema e seus preceitos Constitucionais, a saber, a universalidade, gratuidade, integralidade e equidade. (BRASIL, 2007; UGÁ e SANTOS, 2006)

No entanto, não ficou esclarecido os critérios de definição desses recursos, nem quanto ficaria a encargo de cada esfera. Possibilitando assim, a retração constante do Estado no setor em prol de um ajuste fiscal adotado nas propostas e ações dos mandatos em voga., e um crescimento absurdo da responsabilidade no âmbito municipal, ainda que este dispusesse de um recurso ínfimo relacionado ao demais. Limitando um sistema originariamente universal em um Sistema *pobre para pobres*. (UGÁ e MARQUES, 2005)

A esse respeito escreveu Soares e Santos (2014, p. 19) que:

A proposta avançada do SUS – que tem por princípios a atenção universal, a equidade e a integralidade da atenção à saúde –, sem a garantia de recursos, não se sustenta. O que estava previsto no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) Art. 55 (BRASIL, 1988) “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”, não foi cumprido pela equipe econômica do governo federal (CARVALHO, 2002) e não se manteve na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) depois de 1993.

Até esse ano os gastos com a saúde não dependiam majoritariamente dos recursos provenientes do governo federal no que toca a caixa de Tesouro nacional. Quem de fato assumia essa conta eram as contribuições de empregados e empregadores para o orçamento da seguridade (COFINS, PIS/ PASEB, CLL). Sem essa ajuda, a esfera Federal passa a ter dificuldades em retirar recursos do Tesouro para custear esse financiamento, uma vez que a prioridade era sair do mar de dívidas externas em que o país estava mergulhado. (UGÁ E MARQUES, 2005)

A partir da Tabela 1 abaixo podemos ter uma noção clara de como essa retração a nível federal foi assustadoramente conveniente ao processo de sucateamento dos serviços públicos por não cumprir o percentual estabelecido pela Lei complementar que garantia o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde.

TABELA 1 – RETRAÇÃO DA ESFERA FEDERAL EM GASTOS COM A SAÚDE.

Ano	Porcentagem (100%)
1989	19%
1992	12%
1994	5%
1995	5,5%
1996	4,9%

Fonte: Ugá (2006) Organização Própria.

Segundo esses dados podemos identificar que entre os anos de 1989 até 1996 houve uma retirada de 14,1% desses gastos por parte do Governo Federal. Que passa de 19% ao valor irrisório de 4,9%. Ou seja, além de não respeitar o percentual de 30% estipulado em Lei, passa a diminuir de forma drástica esse financiamento, que se já não dava conta do mínimo necessário aos gastos com saúde, passa agora a configurar o que muitos autores denominam de um “subfinanciamento” do sistema. Mantendo assim a mesma lógica de outrora de garantir serviços públicos limitados àqueles que não pudessem custear um atendimento privado mediante planos e seguros de saúde. Mantendo assim a constante característica dualista entre público e privado que marca toda a trajetória do sistema de saúde brasileiro, com claro favorecimento da lógica mercadológica do capital. Como bem aponta Bahia (2005, p. 439):

O SUS, concebido em formato reduzido ao Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de Saúde, centros de ensino e pesquisa do Ministério de Saúde, laboratórios e serviços de vigilância e estabelecimentos estatais e conveniados, acumula um vasto patrimônio de políticas localizadas e pontuais que reproduzem ou ampliam o papel do componente privado no sistema de saúde.

Essa questão do financiamento do sistema de saúde passa a ocupar permanentemente a agenda dos movimentos sociais e de políticos que levantavam a bandeira em defesa do SUS. Discutia-se a princípio a urgência em se definir esse financiamento nas três esferas, como estipular critérios que facilitassem a gestão do gasto com saúde e meios que garantissem de fato a efetivação do SUS. No entanto, indiferente a tudo isso, o Estado seguia na contramão criando políticas e mais políticas fiscais que incentivavam a privatização da assistência em detrimento da expansão dos recursos que garantiriam a expansão do financiamento e serviços de um Sistema concebido como universal e único. Ou seja, o Brasil é o “único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público”, graças ao excessivo incentivo governamental para o mercado privado de saúde e o subfinanciamento da saúde pública. (BAHIA, 2011; PIOLA et al, 2013).

Várias medidas foram pensadas então no intuito de atrair recursos e minimizar essa carência originada pela retração de investimento federal. Uma delas foi recorrer ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) contraindo três empréstimos sucessivos. Que em suma não foram gastos em sua totalidade com o setor saúde, mas em outras áreas totalmente adversas a ele e que se encontravam em prioridade do Estado em prol do ajuste fiscal. Ainda mais enrolado em dívidas, sem solucionar a falta de recursos, e sem poder pegar mais empréstimos, aprova-se mediante a Lei 9.311/96 a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) que, de início, tinha prazo de um ano de validade e destino integral para a saúde. Mas

que na prática não obedeceu nem uma e nem outra sentença. (PIOLA et al, 2013; UGÁ e MARQUES, 2005).

(...) embora a criação da CPMF tenha sido justificada como uma necessidade da área da saúde pública, o aporte de seus recursos acabou, num primeiro momento, por deslocar para fora do orçamento da saúde outros recursos e, mais tarde, seu uso foi largamente compartilhado por outros ramos da Seguridade. (UGÁ e Marques, 2005, p.218)

Essa indefinição de recursos e falta de critérios dos gastos com saúde manteve-se constante dos anos 90 até os anos 2000, quando foi aprovada a Ementa Constitucional 29 que garantiu o percentual de financiamento de 12% para a esfera estadual, e 15% para a esfera municipal. A Esfera Federal se recusou ao valor de 10% estipulado sob a justificativa de inviabilidade garantindo repassar para o SUS apenas o valor referente ao Produto Interno Bruto (PIB). Ficando o gasto com saúde, então, proporcional ao crescimento econômico do País. (PIOLA et al, 2013; UGÁ e MARQUES, 2005)

Tabela 02. Gasto das Três Esferas com Ações e Serviços Públicos em Saúde 2000 a 2011

Ano	ESFERA						Total
	Federal	% no Total	Estadual	% no Total	Municipal	% no Total	
2000	41,31	59,8%	12,82	18,5%	14,96	21,7%	69,09
2001	42,70	56,1%	15,71	20,7%	17,65	23,2%	76,07
2002	43,34	52,8%	17,66	21,5%	21,08	25,7%	82,07
2003	41,51	51,1%	18,67	23,0%	21,02	25,9%	81,20
2004	46,85	50,2%	22,96	24,6%	23,51	25,2%	93,33
2005	49,80	49,7%	23,11	23,1%	27,19	27,2%	100,10
2006	52,44	48,4%	25,48	23,5%	30,37	28,0%	108,28
2007	55,01	47,5%	28,02	24,2%	32,81	28,3%	115,84
2008	57,18	44,2%	32,81	25,4%	39,24	30,4%	129,23
2009	65,27	45,8%	36,13	25,4%	40,98	28,8%	142,38
2010	66,08	44,1%	39,74	26,5%	44,08	29,4%	149,90
2011	72,33	44,7%	41,50	25,7%	47,94	29,6%	161,77

Fonte: SPO/MS e SIOPS Organização: Piola et al, 2013.

Conforme mostra os dados acima enquanto há uma diminuição constante dos gastos da esfera federal que passa de 59,8% a 44,7%, há um acréscimo substancial das esferas estaduais e municipais que passam de 18,5% a 25,7% e 21,7% a 29,6% respectivamente. Ou seja, é o exemplo preciso do ditado popular brasileiro que fala que “ quem menos tem, é quem mais oferece”. Passando assim o Município a assumir uma parcela de responsabilidade cada vez maior com o pagamento dos gastos em saúde.

Segundo Werneck (2007, p.320-321):

As expressivas mudanças da Federação dotaram o setor público brasileiro de um grau de descentralização semelhante ao das economias avançadas. O novo cenário ampliou as responsabilidades dos municípios e parcela crescente da população passou a depender da capacidade financeira destes de ofertarem os vários serviços e atenderem as demandas sociais locais. Mas, apesar do seu caráter marcante, o avanço da descentralização enfrentou uma série de dificuldades e parece inegável o descompasso entre a maior responsabilidade e a capacidade financeira dos municípios no atendimento satisfatório das demandas sociais, o que tem resultado no agravamento das tensões no interior da Federação brasileira

Recursos limitados e precarizados resultam em serviços igualmente limitados e precarizados. E que ainda se intensificava em municípios de regiões como Norte e Nordeste em que a alocação de recursos era condizente ao grau de desenvolvimento da região. Sendo que era retirado qualquer pensamento de autonomia dos gestores municipais na definição desses recursos.

Para Gastão Wagner (2013) dessa limitação de recursos encontra-se a explicação das filas intermináveis em postos de saúde para atendimento no SUS, falta de infraestrutura e o material básico necessário para melhor desempenho do trabalho da equipe e do serviço ao paciente, terceirizações. O que só fortalece a dependência dos serviços de saúde pública com o setor privado. A exemplo da *saúde suplementar* que representa uma extensa *área de atenção à saúde* que é completamente *privada*. Onde quase 70% da capacidade dos hospitais do SUS é obtida mediante a contratação de serviços conveniados de hospitais privados e também de filantrópicos.

Sendo assim, a realidade foge e muito daquilo que foi preconizado pelo MRS e que se estabeleceu enquanto direito na Carta Constitucional: o setor privado seria complementar ao SUS e não o contrário. O setor além de viver das migalhas que sobram do orçamento priorizado para pagamento da dívida interna e externa dos bancos, ainda tem que dividir parte desses poucos recursos com o setor privado, que no fim acaba ficando com a maioria dessas verbas. Como podemos melhor visualizar na tabela 3.

TABELA 3 - GASTO PÚBLICO EM SAÚDE PÚBLICA X SETOR PRIVADO

GASTO EM SAÚDE	PORCENTAGENS %	R\$ MILHÕES
SETOR PÚBLICO	43,8	50.473,5
SETOR PRIVADO		
VIA PLANOS E SEGUROS	21,7	25.063,1
VIA FAMILIAR	34,5	39.778,5
TOTAL	100	115.375.1

Fonte: Ugá, 2006. (APARTIR DE DADOS DA POF, SIOPS, ANS)

Apenas 43,8% do gasto público é direcionado ao setor público de saúde, e consequentemente ao SUS. O que se distancia e muito do percentual gasto em demais países que possuem o tipo de Sistema Único de saúde universalizado e gratuito com uma média sempre superior a 70% de recursos investidos. Ou seja, é uma contradição imensa. Principalmente quando além de ser uma quantidade menor, ainda é em parte destinada atender uma demanda de serviços da medicina suplementar. (BAHIA, 2011).

Como bem observa Paim (2011, p. 08):

O SUS não segmenta dizendo que quem tem plano de saúde não pode ser atendimento pelo sistema público de saúde, como em alguns países da América Latina. No Brasil, o SUS é para todos. Se alguns têm plano de saúde porque podem pagar é uma opção desses 26% da população. Até mesmo para essas pessoas que têm plano de saúde, quando os planos têm obstáculos, ou quando são atendidas na emergência, elas vão para o SUS; quando precisam de vacina, vão para o SUS. O sistema de saúde brasileiro é universal. Essa é uma característica fundamental. No entanto, quando se tem carência ou restrição de recursos, essa universalidade vai ficar mais limitada.

Tudo isso significa um menor investimento de recursos para o SUS em benefício da lógica mercantil da saúde privada. Que agradece o seu crescimento ao estímulo do próprio Estado, que passa a ceder o pagamento de impostos e isenções¹⁴ fiscais de instituições privadas, bem como fortalece o sistema de planos privados para seus funcionários. E de onde vem esse dinheiro? Do recurso destinado ao financiamento do setor público de saúde. Paim (2011) afirma nesse sentido que, portanto,

¹⁴ Segundo Piola et al (2013) grande parte dessas renúncias do Estado em favor do setor privado se expressam em “isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos”. (p.22)

O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político, porque garantir financiamento para um sistema, que tem que passar por um conjunto de negociações e de interesses no Congresso Nacional, no Executivo, no pacto de federação com estados, municípios, União, implica em uma decisão essencialmente política. É preciso redefinir as relações público-privadas. O SUS sustenta muitos dos serviços do setor privado, particularmente os planos de saúde. Os tratamentos mais caros vão para o SUS e não para os planos de saúde que são pagos. Ou ainda se formos considerar que no sistema de saúde, na sua relação público/privado, o estado brasileiro faz renúncia fiscal, ou seja, deixa de recolher impostos que as pessoas, as famílias ou as empresas deveriam fazê-lo. Com isso está dando subsídios ao setor privado para que ele venha crescer. (p. 08-09)

Esse setor privado vai ganhando terreno graças ao apoio político que essas empresas conquistam barganhando patrocínios em campanhas eleitorais. Por isso conseguem essa média de 56,2% dos gastos públicos quando apenas 26% da população brasileira possuem condições suficientes de arcar com seguros ou planos de saúde. Por representarem um investimento rentável para os que lutam por uma fatia desse bolo.

Com isso, as ações e serviços que irão se realizar no interior do Sistema Público de saúde serão orientados não pela noção de equidade e sim pelo viés clientelista que atravessa o Estado brasileiro por centenas de décadas. Como afirma o presidente da ABRASCO, Gastão Wagner (2013) “governantes dos vários níveis da federação fazem alianças com partidos, com grupos políticos, e a moeda de troca costuma ser cargos e diferentes interesses”. Isso acaba reverberando em uma desqualificação da atenção e dos serviços prestados pelo SUS, uma vez que passa a ser instrumentalizado por pessoas que não são devidamente capacitadas para o trabalho com saúde, e que só estão ali por conta dessa aliança com o partido ou, no sentido mais conhecido do termo, os famosos e disputados “cargos de confiança”.

A consequência dessas ações atravessadas por essa característica inapropriada de governo é apontada por Elias (1997, p.196):

Em consequência, a condução das ações governamentais relativas à saúde torna-se vulnerável à composição das forças políticas que momentaneamente governam e dos interesses quase sempre mais imediatos que representam ou buscam articular. (...) não se configura como uma esfera de ação preferencial do Estado, e, portanto, como uma política de Estado, mas sim como um ato de interesses dos governos.

E enquanto um ato de interesse dos governos, a saúde perde seu caráter de direito para assumir o de mercadoria. Algo que pode ser usado para uma barganha qualquer a depender do fim que se pretende. Por isso existe tanta gente empenhada em conseguir mecanismos vários que justifiquem uma possível privatização do SUS.

Mas de acordo com Sposati e Lobo (1992) a complexidade desse assunto gira em torno da transformação da saúde enquanto “produto” quando não existe a possibilidade ínfima de adequá-la a lógica mercadológica do capital, já que não estamos falando de algo que

consumimos por gosto ou por estilo individual, e sim de uma necessidade vital. Sem a qual ninguém - independentemente de idade, gênero, classe social, cor, orientação sexual, religião ou o que seja, usado nessa extensa categorização de diferenciação de pessoas – poderá viver sem. De uma forma sucinta: “Saúde é mais do que "uma coisa"; ela é um valor e uma perspectiva: "ter saúde é o melhor remédio", segundo o dito popular. Saúde é direito.” (Idem, p.367).

E enquanto direito não deve sob nenhuma justificativa ser usada como moeda de troca para interesses próprios. Ou ficar à mercê de empresários que buscam unicamente o lucro em detrimento dos demais determinantes que influenciam as condições de saúde e na qualidade de vida da população como um todo, completamente incindível.

Para Wagner (2013) quando se transforma saúde em produto, algo que pode ser tratado com ações paliativas e priorização de um atendimento em detrimento do outro, e sem nenhum esforço político governamental para modificar isso, o que temos é um **subfinanciamento crônico**. Que nada fará em favor de medidas que ampliem o investimento de recursos no SUS, ao contrário, reforçará o falso discurso capitalista de que se trata de um sistema inviável e que a única solução, portanto, será a privatização.

No entanto, mesmo com tanta propaganda e recursos, os planos e seguros de saúde também estão entrando em colapso. Não há cobertura de todas as doenças e quando existe uma demanda que compete a cirurgias e procedimentos do tipo, esses também acabam sendo destinados ao SUS. Bahia (2011, não paginado) explica que:

Junto com a ascensão dos brasileiros a classes superiores de renda e o aumento da busca de vinculação a planos privados vieram filas, profissionais da saúde que “não olham na cara” dos pacientes, dificuldades para discernir no emaranhado de guias de autorização de procedimentos quem é responsável pelo quê – problemas anteriormente considerados apanágio do SUS contaminaram empresas privadas que arrogavam deter excelência na gestão. Tornou-se difícil distinguir as críticas aos planos de saúde daquelas dirigidas ao SUS. As greves de médicos contra planos de saúde, a contratação de falsos profissionais em hospitais, o uso de medicamentos adulterados, as empresas de ambulâncias movidas a propina e as burocracias de organizações privadas tão ou mais insensíveis e menos profissionalizadas do que as públicas denunciam os limites estruturais da segmentação do sistema de saúde.

Trata-se então de um problema maior que tem aberto duas portas de entradas nos hospitais do SUS: onde uma dá acesso ao *modelo público de atenção à saúde* caracterizado como *pobre e focalizado* destinada aos 80% da população pobre do país; enquanto a outra compete a um *modelo suplementar* em uma proporção menor que a outra, mais igualmente, *pobre* destinada aos outros 20% que podem pagar por um plano de saúde privado. (BAHIA, 2001; SANTOS, 2007).

Sem contar que, levando à balança o custo-benefício do SUS e do setor privado, conforme aponta Wagner (2013), concluiremos que esse último é muito mais oneroso por seguir à risca os interesses do mercado. Em suas palavras: “O custo-efetividade está ligado a isso: [a saúde privada] interna muito mais, não tem uso racional de medicamentos, transforma a saúde e a doença em mercadoria”. Trata-se de uma fábrica de produção de doenças no intuito único de movimentar o mercado médico e farmacêutico. “E não tem gestão, regulação, fiscalização capaz de controlar isso. ” E quem sofre com toda essa mercadorização da saúde é unicamente a grande parte da população que não tem como arcar com esse comércio cada vez mais caro e seletivo para uma pequena parcela elitizada do país.

Daí a necessidade de defesa do SUS uma vez que apesar de todos esses entraves e subfinanciamentos históricos a que vem sendo submetido, o Sistema conseguiu expressivas conquistas que são impossíveis serem desconsideradas ou deixadas a margem. Como conclui Rodrigues (2008, p.2010):

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. (...). Que valores são esses? São substancialmente os princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, igualdade/equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade, todos apontando para a construção da solidariedade e da responsabilidade social do Estado por meio do modelo de desenvolvimento socioeconômico realmente republicano.

Um modelo econômico que atue na contramão dos interesses do capital e do mercado amplamente priorizado nos sucessivos governos que assumiram o poder enquanto o sistema sobrevivia daquilo que restava do orçamento destinado ao pagamento de bancos e procura por investimentos rentáveis que trouxessem o tão falado desenvolvimento para o País.

E é sobre as ações desses governos que causaram impactos no financiamento e conseqüentemente na forma de gestão do SUS que iremos nos atentar na próxima seção. Partindo dos últimos três governos que apesar de ter partidos e propostas distintas enquanto projeto, na prática, muitas medidas foram semelhantes e giravam em torno de um denominador comum: a superação da crise econômica.

3.2. Três Governos e uma só prioridade: a superação da crise econômica do País.

Não é novidade para ninguém a crise econômica que o país vive mergulhada desde décadas atrás. E desde então diversas políticas e ações reacionárias de ajuste foram sendo implantadas com o intuito e a justificativa de superá-la.

No entanto, muitas dessas ações corroboraram para que o SUS não alcançasse um financiamento adequado e necessário para cumprimento de seus princípios. De acordo com Bahia (2005) mesmo possuindo uma base firme enquanto *arcabouço jurídico-legal*, o SUS ainda tinha na construção estrutural do sistema brechas que possibilitavam certas manobras governamentais favoráveis ao ideário mercadológico do capital na prática dos serviços de saúde. Conforme a autora citada,

(...) as diretrizes legais do SUS, embora intactas, não foram suficientes para conter movimentos que o moldaram segundo princípios distintos dos propugnados pela Constituição de 1988. (...) anos após seu batismo legal, o SUS é considerado por uma grande parcela dos profissionais da saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um sistema para os pobres. (Idem, p. 410)

E isso concorre para os diversos problemas que impedem a implementação efetiva do sus, como um histórico subfinanciamento do gasto com saúde perpetuado por uma sequência de governos, abertura escancarada para o mercado mediante o favorecimento de ações que estimulam o crescimento do setor privado, sucateamentos dos serviços públicos, terceirizações, e uma tendência extremamente perversa de privatização da saúde.

3.2.1. Financiamento da Saúde no Governo de FHC: um direito despriorizado em favor do ajuste fiscal e da Reforma do Estado.

Fernando Henrique Cardoso foi eleito pela primeira vez a presidência do Brasil no ano de 1994, tendo como carro chefe da campanha que o levou a vitória o combate à inflação. Mas como esse combate foi articulado e como isso repercutiu no financiamento da saúde? Quais foram as propostas e o lugar que o setor saúde alcançou nesse governo? É sobre essas questões que iremos decorrer nessa discussão.

Como vimos anteriormente havia sido estipulado por lei que 30% do orçamento da seguridade social deveria ser direcionado para o financiamento da saúde pública. E que esse percentual não foi alcançado pelo Estado sob alegação de não ter recursos para cumprir tal responsabilidade, uma vez que o país estava sendo atravessado por uma crise e superá-la era a prioridade no momento.

O governo de FHC vai articular suas ações com vista para uma Reforma de Estado que ia e muito na contramão de todas as conquistas que o MRS havia alcançado com na Constituinte levando a saúde para o patamar de seguridade social juntamente com a Previdência, e a Assistência Social, enquanto um direito de todos a ser garantido pelo estado. E foi justamente esse o primeiro ponto que o presidente tentou alterar na Carta Magna. Segundo ele, era terminantemente inviável para o Estado arcar com essa responsabilidade, e que, portanto, a mesma deveria ser gerida pelas famosas Organizações Sociais (OS), enquanto seu recurso era desviado para o pagamento da dívida.

Lima (2010) nos chama a atenção de um outro ponto que passa a ser revisitado juntamente com a tentativa clara desse governo de despriorizar a saúde em favor da contenção da inflação e dessa reforma seguindo o viés neoliberal de estado mínimo. Segundo o autor:

Concomitantemente ao processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde e de deterioração dos serviços públicos, observa-se a reconfiguração da relação público-privada. Por determinação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passam a ser privilegiadas em detrimento dos hospitais contratados, uma tendência que já vinha sendo operacionalizada desde os anos 1980 e se acentua ao longo da década de 1990. A assistência médica suplementar, isto é, o segmento de planos e seguros de saúde privados também começa a reestruturar e diversificar suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o Estado elabora políticas públicas de apoio a esse setor, que irão competir com as instituições públicas. Isso acontece, particularmente, nas políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que, ao substituírem as relações diretas entre a previdência social e as empresas empregadoras, irão subsidiar, indiretamente, as empresas médicas, contribuindo para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços de acordo com o status socioeconômico das demandas. (Idem, p. 283)

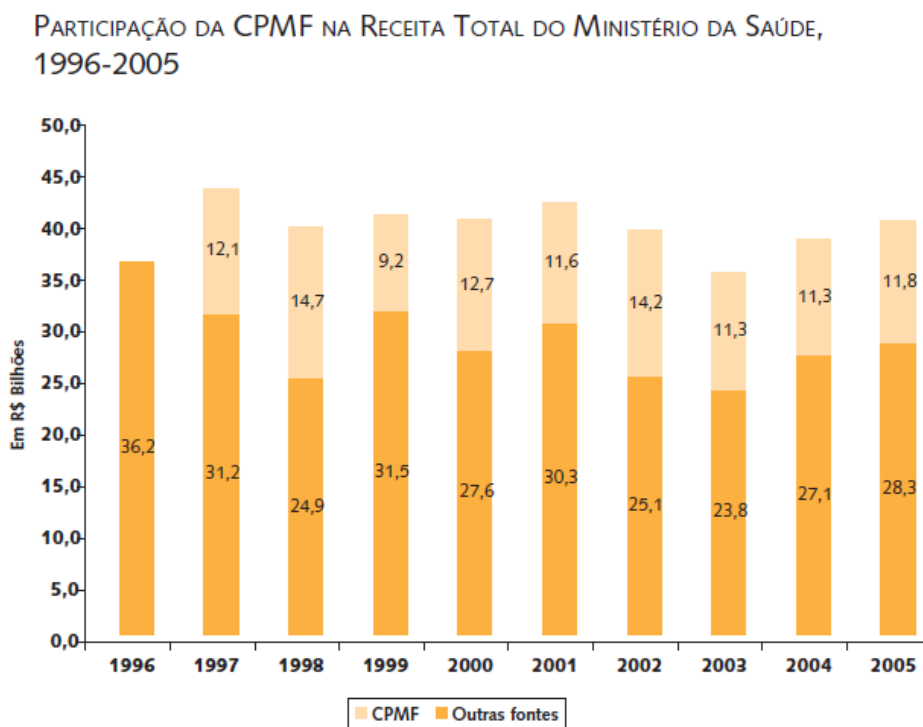
Ou seja, não se trata somente de reduzir as ações do Estado perante as obrigações com a esfera social, mas “reconstruir o Estado, estruturando-o como um Estado necessário para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto realiza outras de caráter pontual”. (LIMA, 2010, p. 289).

Como dar continuidade ao processo de desmonte da Seguridade social iniciada na gestão anterior, do qual era ministro da Fazenda. Deu ampla prioridade as medidas que propiciavam o

êxito do Plano Real, sendo uma delas a criação do Fundo Social de Emergência (FSE)¹⁵- que nada mais era que um meio de desprender parte dos recursos destinados a Seguridade Social para pagamentos de outros fins, como os juros da dívida por exemplo. O acordado foi que o governo federal teria liberdade de redirecionar 20% do valor recolhido para ser utilizado em favor da contenção inflacionária e superação da crise. (UGÁ e MARQUES, 2005).

Com essa perda de parte do financiamento que afetou em sua maioria o setor da saúde, uma outra alternativa foi pensada como meio de reparar e conseguir recursos para o SUS. Nesse contexto que entra em cena a CPMF que ao contrário daquilo que fora criado como um meio de expandir o Sistema, passa a assumir a maior parte do financiamento do mesmo enquanto o Estado ia se esquivando e saindo pela tangente do campo dessa responsabilidade. Podemos ver no Gráfico 1 como se deu essa participação.

Gráfico 1:



Fonte: SIAF/SIDOR – Elaboração: Brasil (2007).

¹⁵ Esse Fundo Social de Emergência teve duas renomeações: Fundo de Estabilização Fiscal, nos anos de 1997 e Desvinculação das Receitas da União (DRU) nos anos 2000.

Podemos notar a partir dos dados que a CPMF, que deveria ser uma contribuição temporária de exclusividade do setor da saúde, teve não só a sua prorrogação ano a ano, como também passou do percentual de 0,20% a que se tinha sido vigorada inicialmente chegando a 2002 com o percentual de 0,38% com provimento de recursos para além do setor saúde, abarcando também alguns gastos da Previdência Social. (PIOLA et al, 2013).

O que resulta segundo Pires e Demo (2006, p.67) em uma política de saúde:

Nem completamente neoliberal, e tampouco universal, a política de saúde brasileira tem sérios problemas estruturais, uma vez que se insere num contexto de conformação do direito à saúde marcado pela tutela, pela estatização das políticas sociais e pela incipiente democracia do país. Uma das expressivas incoerências do SUS, que contradiz seus princípios universalizantes, é o fato de não ter conseguido romper com a histórica divisão entre saúde pública, gratuita e gerida primordialmente pelo Estado, e assistência médica individual, eminentemente privada e liberal (Bahia, 2005). Nesse sentido, o Estado brasileiro tende fortemente ao neoliberalismo, focalizando seletivamente políticas públicas, de baixa qualidade, para pobres, e subsidiando e/ou pouco regulando o setor privado, dando condições para que a saúde seja transformada em mercadoria.

O que só reforça a especificidades contraditórias que caracterizam absolutamente tudo no Brasil. Desde o modelo de governo, até as políticas que são criadas e implantadas no país. Assim também como no Sistema Único de Saúde não se chega a um denominador comum quanto aquilo que realmente é: Um sistema pobre fragmentado complementar ao setor privado, ou de fato, um sistema universal, igualitário, complementado pelas instituições privadas como assegura a Constituição.

No governo de FHC é justamente a característica denominada por Paim (2012) como um “sus pobre para pobres” que lhe é inculcido. E não só o setor privado é largamente estimulado, como uma maré de privatizações passa a tomar conta do país. Como bem descreve Lima (2010, p. 300-301) houve uma universalização do privado contra partindo a privatização do SUS.

De maneira concomitante a essa iniciativa, houve a criação das entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio, com ampla autonomia para captação e gerenciamento de recursos financeiros; a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, mediante a transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados, lucrativos ou não lucrativos; a terceirização das atividades assistenciais e/ou serviços especializados do hospital, substituindo o servidor público por prestadores privados organizados em cooperativas de profissionais de saúde; a terceirização nas áreas de limpeza, manutenção, segurança e setores como hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; a terceirização da mão de obra por meio de cooperativas, fundações e organizações não governamentais, como estratégia de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, como aconteceu no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa Saúde da Família, sendo que muitas delas se apoderam dos direitos trabalhistas e sociais; e, por último, a implantação de consórcios intermunicipais organizados sob a forma de pessoa jurídica de caráter privado (Machado, 2001; Pereira, 2004; Ribeiro e Costa, 2001). Esse processo, associado à contratação do setor privado filantrópico (...)

foi configurando o que podemos denominar “universalização do privado” no âmbito do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que fortaleceu o mercado de planos e seguros privados de saúde.

Essa universalização do privado ou como é mais conhecida Publicitação do privado, propicia a entrada das Organizações Sociais (OS) no cenário público, cujo objetivo principal era gerenciar ações e serviços públicos que não eram de exclusividade do Estado. Um jeito maquiado de privatização dos serviços do SUS mediante a terceirização da gestão. O que gerou outros sérios problemas como a não implantação do plano único de carreira, cargos e salários dos funcionários e a possibilidade de contratação sem ser mediante concurso público; falta de participação da comunidade e sem brechas para o controle social; as ações terão a característica descentralizada e focalizada com forte apelo a iniciativa privada; racionalização dos gastos sem observar os meios necessários para chegar a este fim. (RESENDE, 2008)

Isso tudo, em outras palavras, significa instalações físicas precarizadas e com duas portas de entradas (uma para o SUS e outra para os planos e seguros de saúde), atendimentos pobres, falta de recursos mínimos como medicamentos e leitos, racionamento do acesso, e práticas de saúde mercantilizadas visando o lucro e não a saúde enquanto direito indispensável a qualidade de vida da população.

Assim foi caracterizada a questão da saúde nos dois mandatos sequentes do governo de FHC, com um financiamento insuficiente e uma política de saúde limitada ao assistencialismo, e uma priorização exacerbada do ajuste fiscal e superação da crise.

3.2.2. O Financiamento da saúde no Governo Lula: a surpresa que ninguém desejava ter.

Impulsionado por propostas democráticas e inclinação esquerdista de luta pelos direitos do povo, o candidato à presidência petista Luís Inácio Lula da Silva, era acreditado por muitos com uma grande aposta para solucionar os problemas até então enfrentado devido a despriorização da saúde em favor da Reforma do Estado. Crédito este que lhe favoreceu a vitória em 2003.

O que ninguém esperava era que ao assumir a presidência, Lula iria simplesmente dar continuidade as ações do governo anterior, mantendo a prioridade na contenção da dívida e do

ajuste fiscal. O projeto da Reforma Sanitária para o SUS volta à cena, mas sob alegação constante de ser um desafio a ser alcançado devida a falta de recursos suficientes, ou nas palavras mais utilizadas até então para justificar o desinteresse do governo em investir em ações que possibilitem sua implementação plena “inviabilidade”.

Concordando com Paim (2013, p. 1932-1933) que afirma que:

Desenvolveu-se no país certa unanimidade na ideia de que política social é para pobres, paralelamente ao desmonte institucional, orçamentário e conceitual da Seguridade Social. (...). Desse modo, o subfinanciamento público, a persistência de desigualdades na oferta e a articulação público-privada prejudicial ao SUS impedem o cumprimento do que está estabelecido na Constituição, nas leis ordinárias, decretos e demais documentos.

É o famoso clichê de que só quem precisa de política social é pobre, e assim sendo, qualquer coisa serve. Há uma tendência do capitalismo vender essa ideia de que se trata de um favor, e não de um direito, portanto aquele que for beneficiado com essa benevolência deve ser grato independente da condição que essa for prestada.

O governo passa então a deixar de lado a questão constitucional de “universalização” para desenvolver ações e programas pontuais de erradicação da pobreza, desses destacam-se o Programa Fome zero, e posteriormente o Programa Bolsa Família, e o Programa da Saúde. Todos com a característica marcante da focalização, terceirização, e como Bravo (2001) nos compete dizer: desfinanciado, precarizado, e sem a mínima vontade política de alterar essa constante e levá-la ao nível concebido pela Seguridade Social. Da qual destacaremos aqui a questão desse desfinanciamento.

Paim (2012) relata que nada do que foi enfrentado pelo SUS no governo anterior se equipara ao processo desordenado do crescimento do capital percebido durante o Governo Lula. Há um crescimento sem precedentes dos planos de saúde, desde o ano de 2003, e não se percebe nenhuma ação de controle por parte do governo para impedir ou diminuir essa expansão do setor privado. Ao contrário, o próprio retira parte do dinheiro público para pagar planos e seguros para seus funcionários.

E essa não é a pior parte desse estímulo ao setor privado em detrimento do setor público de saúde se considerar o valor desprendido por via de renúncias fiscais às entidades e indústrias de medicamentos. Conforme podemos visualizar no Quadro 1 abaixo.

QUADRO 1 – ESTIMATIVA DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL – ANO DE 2008

Público 48%	Federal 47% (1,7% PIB)	48,7
3,6% do PIB	Estadual 26% (0,93% PIB)	26,8
	Municipal 27% (0,96% PIB)	27,8
	Total de público 100%	103,3
Privado 52%	Planos seguros 51%	56,9
(Tem \$ público de renúncia fiscal)	Desembolso direto 21%	24,1
3,9% DO PIB	Medicamentos 28%	31,4
	Total privado 100%	112,4
Público-privado	Total Brasil	215,7
7,5% do PIB		

Fonte: MS – SPO – MS – Siors – ANS – IBGE – POF – Estudos GC.

Elaborado por: Carvalho (2010)

Em 2008 a estimativa de renúncia fiscal alcançou a marca de R\$ 8,7 bilhões de reais. Ou seja, uma quantia considerável que poderia ter sido investida no financiamento do SUS. Que apesar de ser concebida por muitos como um sistema de assistência para pobres, é quem acaba recebendo toda a demanda de clientes que possuem planos e seguros de saúde, mas que nem sempre conseguem a garantia de uma cobertura total.

Como bem reforça Lima (2010, p. 308):

Em outras palavras, o governo Lula da Silva não só reatualiza as políticas de apoio e de proteção fiscal, principalmente às instituições privado-filantrópicas, e de subsídio às empresas de planos e seguros de saúde, como incorpora a concepção de um Estado necessário para gerenciar a transferência dos serviços públicos para o mercado, tal qual o governo anterior. Desse ponto de vista, a natureza pública ou privada das ações de saúde é irrelevante, o que “interessa é fazer”, tão ao gosto dos privatistas e da lógica mercantil.

E um fazer que não só considera a natureza, como também o modo como ela será prestada. Jogando por terra de uma vez por todas as ambições de muitos defensores do SUS de finalmente colocar em prática as propostas da Reforma Sanitária em seu sentido puro e com vista a melhoria da qualidade de vida da população como um todo. Não com políticas e ações pobres e pontuais, mas abarcando toda uma totalidade de mudanças que efetivamente concedesse a saúde pública o lugar prioritário que lhe é de direito, enquanto fundamental e indispensável a vida da população.

O governo Lula não só deu continuidade ao modo focalizado e que em nada possibilitava a consecução dos princípios do SUS enquanto sistema - único, universal, igualitário - visto na gestão anterior, como também trouxe para o cenário da saúde pública o que Paim (2013) chama de *consolidação do processo de americanização na reconversão da questão social* e no modo de gerir políticas e programas sociais com foco no empreendedorismo e do microcrédito.

Ou seja, trata-se de uma forma moderna de produção de práticas assistencialistas, em que as condicionalidades necessárias estipuladas para garantia do acesso concedem a pessoa que o recebe a sensação de ter sido favorecida. A exemplo desse processo temos o Programa Bolsa Família que representa a grande aposta do governo Lula em seus dois mandatos.

Sobre esse programa, Vianna (2009, p.77) faz uma excelente análise de como ele foi gerido no intuito de abarcar três dimensões essenciais enquanto alcançava seu objetivo central que era a “conquista” da cidadania pelas classes mais pauperizadas do país.

O Programa se propõe a alcançar seu principal objetivo (possibilitar “a conquista da cidadania pela parcela mais vulnerável” da população) articulando três dimensões: promoção do alívio imediato da pobreza, reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação e coordenação de programas complementares (...) estratégia, embora à primeira vista estranha à do empreendedorismo guarda com ela coerência e complementaridade. Como ela, aposta no crescimento individual (do pobre) e na melhoria das condições de acesso à produção (por conta própria), ao (micro) crédito, e, pois, à mobilidade social. Como ela, confere glamour ao mundo dos pobres – o mundo apartheizado do banco popular, da agricultura familiar, dos eletrodomésticos de qualidade inferior -, assegurando a seus membros a cesta básica de saúde e educação que os sistemas públicos (universais) proporcionam nessas áreas.

Essa seria a maneira mais reacionária de garantir o mínimo suficiente para manter parte da população agradecida com políticas pontuais de minimização da pobreza, enquanto todo o restante do recurso do Tesouro era usado para amortecer a dívida e trazer o tão desejado desenvolvimento econômico para o país. E nisso seria muito mais lucrativo, portanto, permanecer seguindo a ordem de mercado, e perpetuar a noção de saúde aliada a produto ou favor e não de direito.

Esse contexto influencia os modelos de sistema de saúde que foram desenvolvidos com base em princípios de solidariedade e interfere nos fundamentos de universalidade, integralidade e na aderência que a sociedade tem à ideia do direito à saúde como um direito à cidadania. Este tema é explorado por Deppe (2006), que considera haver uma “onipotência” do mercado sobre as questões sociais, a qual, junto à “economização” de questões sociais e médicas, transforma o caráter de política de saúde de “compensação do risco social” em “fator de suporte para a acumulação do capital global privado” (DEPPE, op. cit.: 4. Tradução livre), desfazendo-se a solidariedade na organização do cuidado da saúde em prol do fortalecimento dos interesses individuais e constituindo o processo que este autor chama de

“reindividualização” e “comercialização”. (SANTOS, S.; SANTOS, B.; BORGES, 2013, p. 113)

Por isso também não deu prioridade a regulamentação da EC 29, deixando a de escanteio para criar uma nova proposta de Reforma de Estado, dessa vez ancorada na questão Tributária. Surge a PEC 233/008 sob a justificativa de que era extremamente necessária uma simplificação do sistema tributário brasileiro a partir de uma consolidação, que, diga-se de passagem, atingiria diretamente o financiamento da Seguridade Social. Na verdade, o que se propunha com a reforma era uma desvinculação dos recursos, tornando ainda mais limitado o gasto com cada setor, especialmente o da saúde. (MARQUES e MENDES, 2012)

Com uma nova proposta em voto, e desvio governamental da efetivação da EC 29, muitos Estados simplesmente não se esforçaram em atingir o repasse do percentual estimado em 12% para a saúde, e os poucos que conseguiram fechar essa conta na verdade tinha posto a conta itens outros que nada tinha a ver com o setor, como saneamento, habitação, alimentação, e etc. Ficando a encargo cada vez maior dos municípios a responsabilidade de gerir parte desse financiamento do SUS, mesmo sendo os que menos arrecadam impostos, e portanto, os que menos possuem meios de fazer isso com eficiência, financeiramente falando. (MARQUES e MENDES, 2012; PIOLA et al, 2013, WERNECK, 2016)

Sem recursos suficientes e com uma autonomia deveras limitada, os municípios acabam por serem obrigados a montar uma “cesta básica” de serviços de saúde. E ainda assim de forma precarizada e seguindo o modelo de assistencialista de “serviços públicos pobres para pobres”. Que são aceitos como sendo da realidade do sus, procurado por quem não tem condições alguma de pagar por um tratamento de qualidade, e repetindo um jargão extremamente falado ultimamente que o retrata como local onde se espera em filas intermináveis por uma ficha de atendimento e que a depender da sorte se pode consegui-la antes do “Seu Último Suspiro”.

Para Bahia (2013, p.116):

A anuência em relação ao desequilíbrio da participação das fontes de financiamento, portanto, não se estende às soluções do problema. Para uns, a existência de uma suposta harmonia na relação entre o público e o privado é um cânone. Esse aludido equilíbrio, por sua vez, repousa na noção de que o privado alivia o público de uma carga desnecessária; é mais eficiente e possui maior capacidade e velocidade de inovação. Para outros, a robustez, aptidão e até os estratégias de agentes privados que, desde suas posições de comando na economia, impedem o avanço de propostas modernizadoras na disputa de projetos societários para a saúde. Por essa ótica, o processo de privatização da saúde seria determinado pela atuação dos setores conservadores que, em face de uma legislação tida como desfavorável aos seus

propósitos, são favorecidos por omissões e brechas para assegurar o status quo. Embora o equacionamento linear das relações entre interesses e ações não encontre ressonância na prática tais acepções possuem um elevado poder explicativo. A força da ideia de dispensabilidade da lei pelos poderosos traduzida pela noção de que a ‘lei é boa, mas não é cumprida’ adquiriu status de verdade.

Assim sendo, tanto como no governo anterior quanto nesse, o maior dilema enfrentado pelo financiamento do SUS é em sua maioria um problema político. Pois não conseguiu atrair e manter cativo o comprometimento nem do partido da direita e nem da esquerda enquanto ponto prioritário nas agendas governamentais. Ficando à mercê das migalhas que sobravam do pagamento da dívida e sempre em planos secundários ao se falar em Reforma de Estado.

Tornando a regredir em políticas focalizadas e precárias, negando os princípios conquistados na Constituição, e fortalecendo cada vez mais o setor privado e o ideário da necessidade eminente de uma privatização para solucionar os muitos problemas do SUS. Assumindo, a contragosto de muitos defensores do Sistema que acreditavam que o governo petista abriria caminhos para os avanços na luta pela democracia e da Reforma Sanitária, os mesmos preceitos capitalistas e neoliberais que mantinham o seu antecessor voltado inteiramente para os interesses do mercado.

3.2.3. O Financiamento da Saúde no Governo Dilma: o avançar do processo mercantilista da saúde a moda estrangeira.

O governo de Dilma iniciou-se em 2011 e foi um divisor de águas na história da política brasileira, tendo pela primeira vez uma mulher na presidência do país. No entanto, no que diz respeito ao setor saúde e, mais especificamente, a questão do financiamento, as coisas continuaram sendo geridas em conformidade com os governos anteriores. Cujas maiores preocupações giravam em torno do ajuste fiscal e superação da crise econômica. Descrito por Mendes e Louvison (2015) como uma,

(...) continuidade da política econômica fundamentada no tripé metas de inflação-superávit primário-câmbio flutuante, adotada pelo governo federal desde o mandato de Fernando Henrique Cardoso (FHC), deu origem a constantes constrangimentos – cortes de gastos públicos – que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universal no país, dada a situação de subfinanciamento que impõe ao SUS. (p.393)

Logo em 2012, a presidenta sancionou a Lei Complementar de nº 141, que em linhas gerais, dispunha sobre os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pela União, Estados, Distrito federal, e os municípios. Sendo que os financiamentos

desses recursos deveriam partir dos Fundos próprios de saúde de cada esfera. Também estabelece critérios para a divisão desses recursos, e “normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde” alcançadas por cada esfera.

Portanto, vem no sentido de regulamentar a EC 29. E traz como principal benefício a definição daquilo que realmente é e não é considerado gasto com saúde. O que em parte coibiu a contagem de itens adversos a saúde usados por alguns Estados para burlar o estipulado pela Ementa e atingir os 12%, como saneamento básico, merenda escolar, etc. No entanto, não trouxe nenhuma garantia de novos recursos para o SUS. (MENDES, 2015)

Mas ainda assim, segundo Carvalho (2013) a presidenta não conseguiu tirar do papel sua proposta para o financiamento na saúde que deveria ser “crescente e estável compatível com as necessidades do SUS”. Apenas se prendeu a parte que dizia respeito ao reverso de sua excelente proposta: “compatível com o crescimento e o desenvolvimento econômico do país” seguindo de forma exemplar o receituário de organizações estrangeiras como o Banco Mundial.

A esse respeito Mendes e Louvison (2015) explica que:

Trata-se da defesa de um conceito, intitulado “cobertura universal da saúde”, que converte o acesso universal, enquanto direito social, em quantidade de serviços cobertos que podem ser ofertados pelo mercado, uma vez que há restrições orçamentárias. Para essas instituições, a nova “universalidade” compreende uma cesta básica de serviços para a população pobre, restando o acesso aos demais serviços de saúde pela via do mercado. (p.393)

Já em 2013, teve uma retirada absurda do valor do financiamento do SUS em favor do pagamento da dívida. Segundo dados do Fundo Nacional de Saúde essa perda foi equivalente à de R\$ 2, 66 bilhões. Ou seja, totalmente contrária a proposta inicial. O SUS não viu em seu financiamento nem crescimento e muito menos estabilidade. Mas cortes e mais cortes de recursos em nome do superávit primário e superação da dívida.

E essa situação foi piorando ao longo dos anos, perpassando pela Lei 13097 que abriu as portas para o capital estrangeiro na assistência à saúde fortalecendo ainda mais o setor privado dentro do SUS, e teve seu ápice com a aprovação da EC 86 em 2015 que trouxe para o orçamento da saúde um teor impositivo. Não basta ter recursos escassos, esses poucos recursos ainda terão que ser decididas pelos parlamentares. Ele que vai decidir para onde determinada verba irá ser destinada e como será executada. E isso não é tudo. Essa Ementa não só torna a

execução uma obrigatoriedade, como também modifica o orçamento do SUS, resultando em proporções cada vez menores. (MENDES E LOUVISON, 2015).

Como bem nos esclarece Mendes (2015, p. 09 -10) que:

Antes, a EC [Emenda Constitucional] 29 previa a aplicação do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB [Produto Interno Bruto]; agora, a base é a Receita Corrente Líquida (RCL), que corresponde ao total das receitas do governo federal – tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais etc., deduzidos os valores transferidos aos estados e municípios, a contribuição dos servidores para seu sistema de previdência, entre outros descontos. A nova regra prevê a execução do repasse de forma escalonada em cinco anos: no primeiro, devem ser aplicados 13,7% da RCL; o percentual aumenta gradualmente até alcançar 15% da receita no quinto ano. Há cálculos que apontam que a nova base acarretará uma perda de cerca de R\$ 8,6 bilhões já no primeiro ano de implantação.

Portanto, essa é mais uma das muitas distorções legislativas que são implantadas com o objetivo único de retirar do SUS todas as conquistas garantidas na Constituição de 88 e abrir caminhos para a privatização. Atualmente só se poderá modificar o financiamento do SUS mediante Ementa e não mais por via de Leis Complementares. Isso significa que para se conseguir a garantia de maiores recursos para o Sistema será necessário a aprovação da maioria dos parlamentares (3/5 dos votos), a dificuldade reside nos interesses individuais e partidários que conta e muito durante esse processo. (MENDES, 2015)

Sabemos que a maioria das campanhas desses políticos são financiados por Empresas de Planos de Saúde. E é evidente que não pagam essa conta por pura simpatia com o candidato ou suas propostas. A verdade trata-se de um complexo jogo de interesses onde cada um entra com uma parte: as empresas doam a caixa forrada de reais, enquanto o candidato eleito deposita nela em forma de “certas facilidades” e propostas favoráveis ao crescimento dessas empresas, o agrado outrora recebido. Em simples palavras: barganhas eleitoreiras.

O exemplo notório dessa articulação de interesses de um candidato em favor do setor privado e dessas empresas é a PEC 451 do Deputado Eduardo Cunha que teve em sua última campanha, segundo pesquisa realizada por Scheffer e Bahia (2015), a ajuda financeira correspondente ao montante de R\$ 250.000,00 da Bradesco Saúde S/A. Essa PEC tem em sua proposta a obrigatoriedade do pagamento de assistência médica por parte dos empregadores para seus empregados. E concordando com Santos (2015, p. 01):

Tal proposta de alteração à Constituição gera uma antinomia jurídica por romper com o princípio consagrado no art. 196 que estatui ser a saúde um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para

a sua promoção, proteção e recuperação. De repente a saúde integral da Constituição se segmenta de forma absurda na PEC, tanto quanto ao seu usuário e quanto ao seu conceito. Garantir planos de assistência médica ao trabalhador urbano e rural (nem se faz mais esta distinção) é revisitar o INAMPS em sua pior forma: um grande INAMPS privado, de operadoras e seguradoras de planos de saúde que garantiriam aos trabalhadores filiados ao regime geral da previdência social, assistência privada médica.

Aprovar uma Ementa como essa é assinar um mandato de assassinato para o SUS e entregar nas mãos do setor privado. Não é só um retrocesso gigantesco a todas as formas desiguais de tratamento de assistência médica de outrora, como é puramente inconstitucional. Fere todos os princípios da Constituição que conquistamos a duras penas: o reconhecimento da saúde enquanto um direito a ser garantido pelo Estado, e totalmente desvinculada do critério de se ter ou não trabalho formal.

Todas essas manobras políticas tendem a fortalecer o processo de mercantilização da saúde. Paim (2016) nos chama atenção quanto ao eminente perigo de uma “americanização” do SUS – “o que significaria transformar o setor em um conglomerado de empresas prestadoras de serviços”. Todos os passos visualizados pelo governo até então apontam para ela, desde a entrada do capital financeiro na compra de hospitais públicos e filantrópicos, quanto no condensamento do setor privado no interior do sistema, e no crescente subfinanciamento do mesmo. E completa que não acredita na extinção do SUS, mas que:

(...) assistiremos – já estamos assistindo – ao seu desmonte e à construção de um simulacro, uma lembrança do que deveria ser o SUS. Este “simulacro do SUS” atende a um conjunto de interesses políticos, econômicos e partidários que contribui para a acumulação de capital e a formação de monopólios e oligopólios na Saúde, assim como em todos os setores da sociedade. As indústrias farmacêuticas e de equipamentos precisam do SUS como mercado consumidor. As empreiteiras precisam da expansão do setor público para construir hospitais, por exemplo. Tudo isso é muito rentável. Portanto, algum SUS ainda vai existir. Mas certamente será algo muito diferente do modelo defendido pela Reforma Sanitária Brasileira e pela Constituição Federal. (idem, p.01)

Esse desmonte tem se configurado em privatizações pelo país afora e recebido apoio de grupos poderosos dentro do próprio governo. Vimos a pouco tempo que a Constituição não passa de meras letras para alguns parlamentares, que não pensaram duas vezes antes de deferir o golpe sujo contra a nossa democracia em prol da consecução do poder. O governo Dilma foi interrompido, e aqueles que o assumiram em nada estão preocupados com os interesses da população. Vivemos dias sombrios em que a máquina da privatização do SUS tem ganhado força e seguido a todo vapor. Pauta da qual com muito pesar nos debruçaremos na seção seguinte.

3.3.Os impactos do subfinanciamento na Bahia: uma sequência de sucateamentos e privatizações.

Como vimos analisando, a questão da saúde nunca foi priorizada no Brasil. Segundo recente levantamento de dados realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) o gasto com saúde no país está muito aquém do necessário para manter ações e serviços públicos com qualidade e que realmente comporte de forma equânime toda a população. Esse gasto médio nacional equivale a R\$ 3,89 por habitante/ dia.¹⁶

Mas esses valores caem absurdamente ao se falar em gasto com a saúde na Bahia. Só considerando o percentual da capital – Salvador – temos a conclusão chocante dos números de que se trata da que menos investe nesse setor no Brasil. Cerca de R\$ 0,59 por habitante ao dia. Ou seja seis vezes menos que a média nacional. Segundo aponta a CFM.

A partir desses dados, o jornal o Fantástico da Rede Globo de Televisão exibiu uma matéria em 28 de fevereiro do corrente ano, onde relatava-se o abandono em que os hospitais e centros de saúde da cidade estavam submetidos. No entanto, ao entrevistar o secretário de saúde Fabio Vilas Boas, o mesmo negou veementemente que a saúde na Bahia estivesse enfrentando uma crise, e que instituições de saúde estivessem em tal estado. O que só confirma o despreparo das mãos a que está entregue a secretaria do Estado.

A esse respeito o atual prefeito ACM Neto se declarou¹⁷ um dia após a exibição do noticiário confirmando não só a crise na saúde, como afirmou que havia uma decisão política federal nos cortes de recursos para o setor na Bahia. Que já somavam cerca de R\$ 80 milhões até a data. E que por conta disso, os municípios estavam sendo obrigados a tirar leite de pedra para manter postos e hospitais em funcionamento. Assumindo na maioria das vezes, muitas obrigações que deveriam partir do Estado.

¹⁶ Os dados foram coletados em conjunto com a Ong. Contas abertas com base nos anos 2013 e 2014. E pode ser encontrado no próprio site do CFM. (<http://portal.cfm.org.br/>)

¹⁷ Entrevista ao Jornal Bahia Já, em 29 de fevereiro de 2016.

Atualmente o quadro de saúde no Estado é desalentador. Diversos hospitais da capital e dos municípios vem sofrendo diversos processos de sucateamentos e estão sob ameaça de ter suas atividades encerradas e suas portas fechadas. Não só falta uma estrutura adequada para a realização dos atendimentos, como os instrumentais mínimos para simples procedimentos como curativos e exames ambulatoriais. Tudo isso refletem os problemas decorrentes de um subfinanciamento histórico a que o setor tem sido submetido ao longo dos chamados anos Carlistas¹⁸ e perpetuado por aqueles que o sucederam.

Segundo Francisco Magalhães (2012) presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia (SINDIMED):

Durante quase 20 anos de governos carlistas, a estrutura da saúde pública no estado foi, deliberadamente, desmontada e precarizada, de forma autoritária e antidemocrática. Os vínculos trabalhistas, especialmente da categoria médica, foram diversificados. Acabaram os concursos públicos e os recursos humanos passaram a ser terceirizados, quarteirizados, pejotizados, cooperativados, etc. (p.23)

O Estado declara impossibilidade de resolver tais problemas de gestão dos recursos dado ao alto nível de precarização, passando essa responsabilidade para o Terceiro Setor. Ação esta que, concordamos com Correia (2012) ao afirmar que se trata de uma das maneiras sorrateiras de privatização da coisa pública mediante o que denominam “novos modelos de gestão”.

E que se formos voltar um pouco nas ações de governos anteriores vemos que esse modelo não é tão novo assim. Segundo Ávila (2013) aponta em sua tese de doutorado, desde 1997 já se falava nesses “modelos alternativos de gestão” nos relatórios de atividade do governo em curso, quanto da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB).

O Relatório de atividades do Governo Paulo Souto, intitulado “Bahia: no Caminho Certo para o Futuro”, os relatórios da SESAB para o período e as mensagens do Governador encaminhadas à Assembleia Legislativa da Bahia – ALBA, chamam atenção para a adoção de “modelos alternativos” de gestão, por parte da SESAB, declarando que, no caso particular dos hospitais, é necessário seguir uma dinâmica mais comum à área privada, utilizando-se de um padrão terceirizado para gestão das unidades hospitalares e para a contratação de alguns serviços a exemplo da segurança e serviços gerais. (p.143)

Atualmente essa terceirização já ultrapassa a marca de 46% dos hospitais da Bahia segundo dados da própria SESAB. Que teve um acirramento ainda maior com a entrada das OS

¹⁸ Termo utilizado para representar os anos governados por Antônio Carlos Magalhães.

no cenário brasileiro mediante a aprovação da Lei 9637/96. Dos 38 hospitais listados pela secretaria, incluindo capital e interior do Estado, 17 deles já teve a responsabilidade de sua administração entregues a terceiros. Como mostra a Tabela a seguir.

TABELA 4 – HOSPITAIS DE GESTÃO TERCEIRIZADA NA BAHIA.

Terceirizados	Gestores	Cidade
1.Hospital Eládio Lassére	SM-Gestão Hospital	Salvador
2.Hospital Professor Carvalho Luiz	SM- Gestão Hospital	Salvador
3.Hospital Manoel Victorino	IFF - Instituto Fernando Filgueiras	Salvador
4.Hospital São Jorge – UPA de Roma	Ass. Obras Sociais Irmã Dulce	Salvador
5.Hospital Geral do Oeste	Ass. Obras Sociais Irmã Dulce	Barreiras
6.Hospital Luis Eduardo Magalhães	Monte Tabor	Porto Seguro
7.Hospital Regional Dantas Bião	Monte Tabor	Alagoinhas
8.Hospital Geral Santa Teresa	F.J. Silveira	Ribeira do Pombal
9.Hospital de Ibotirama	SM- Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda.	Ibotirama
10.Hospital Eurídice Santana	Ass. Obras Sociais Irmã Dulce	Santa Rita de Cássia
11.Hospital Geral Deputado Luis Eduardo Magalhães	DMX -Assessoria e Gestão Ltda.	Mairí
12.Hospital Regional de Castro Alves	APMICA- Associação de Proteção à maternidade e Infância	Castro Alves
13.Hospital Regional de Juazeiro	IMIP – Instituto de Medicina Legal Prof. Fernando Figueira.	Juazeiro
14.Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	IFF -Instituto Fernando Filgueiras	Santo Antônio de Jesus
15.Hospital Estadual da Criança	LABCMI – Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil	Feira de Santana
16.Hospital Geral de Itaparica	SM- Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar SC. Ltda.	Itaparica
17.Hospital Regional Dr. Mario Dourado Sobrinho	Ass. Obras Sociais Irmã Dulce	Irecê

Fonte: SESAB organização própria.

Mas será que tal mudança de gestão para o Terceiro Setor tem de fato solucionado os problemas enfrentados por essas Instituições? De fato, essa ação alivia o setor público e traz condições melhores de atendimento para a população?

Bem, analisando a atual situação desses hospitais de gestão terceirizada não conseguimos uma resposta positiva a essas questões. Todos esses hospitais tiveram um acirramento do problema de sucateamento e muitos estão sob ameaça de encerrar suas atividades.

O Hospital Eládio Lassére com gestão terceirizada para a SM- Assessoria Empresarial e Gestão Hospital, enfrenta diversas denúncias de negligências médicas e contrato irregulares. E no ano anterior, teve momentos de crise chegando a greves de médicos e outros funcionários por falta de pagamentos. Neste mesmo ano a SESAB declarou nota assumindo problemas de dívidas com a Empresa que já somavam nada mais nada menos que R\$ 3 milhões de reais. E que vieram então reverberando em outros problemas como falta de equipamentos médicos e medicamentos. (MAGALHÃES, 2015. GALVÃO, 2016)

O Hospital Dantas Bião administrado pela Monte Tabor passa por problemas estruturais e financeiros. O mesmo acontece com O Hospital Santa Teresa gerenciado pela Fundação José Silveira, e o Hospital Regional Eduardo Dourado que tem como gestão a Ass. Obras Sociais Irmã Dulce, que além dos itens acima, ainda tem iniciado uma sequência “quarteirização” em algumas alas do hospital como a Obstetrícia. E não são poucos os que estão em greve ou sob ameaça de uma diante do descaso da secretaria do Estado em dar uma resposta coerente a problemática enfrentada nessas instituições. (MAGALHÃES, 2012, 2016)

Ao invés disso, o Estado busca outros meios de privatizar ainda mais os demais hospitais públicos, seja por terceirizações, seja por uma nova modalidade que se avoluma no país sob o codinome de *Parceria Público Privado* (PPP). Sancionada pela Lei 11079/2004 e que em linhas gerais, segundo nos esclarece Palermo (2015) é definida como:

(...) contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada (concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei 8.987/1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado) ou administrativa (contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens).(…) A Lei veda expressamente a celebração de contrato de parceria público-privada cujo valor do contrato seja inferior a vinte milhões de reais e cujo período de prestação do serviço

seja inferior a cinco anos ou que tenha como objeto único o fornecimento de mão-de-obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública.

Esse tipo de contrato por PPP traz em sua bandeira o ideário de modernização capaz de tornar possível a prestação de serviços públicos com a qualidade dos melhores hospitais privados do mundo. A primeira experiência desse porte no país foi realizada na capital da Bahia, e recebeu o nome de Hospital do Subúrbio – parceria entre a SESAB e o Consórcio Prodal Saúde S.A que tinha em sua formação a Promedica e a Dalkia (essa última de origem francesa).

Esse processo tem se esgueirado por dentro do SUS, e de forma crescente. Alguns Hospitais já possuem em seu quadro serviços geridos por PPP segundo dados da SESAB. O mais substancial é o Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem. Na tabela abaixo temos essa relação.

TABELA 5 – SERVIÇO DE APOIO POR IMAGEM VIA PPP.

INSTITUIÇÃO	CIDADE
Hospital Ernesto Simões	Salvador
Hospital geral de Camaçari	Camaçari
Hospital Meandro de Faria	Lauro de Freitas
Hospital Octávio Mangabeira	Salvador
Hospital regional de Guanambi	Guanambi
Hospital Geral de Vitória da Conquista	Vitória da Conquista
Hospital Roberto Santos	Salvador
Hospital Prado Valadares	Jequié
Hospital Luis Viana Filho	Ilhéus
Hospital Geral do Estado	Salvador
CICAN	Salvador
Central de Imagem	Salvador

Fonte: SESAB Organização Própria

Diante do atual quadro de retrocessos e jogadas contrárias ao SUS, é de se esperar que esse processo de privatizações por PPP continuem atraindo mais adeptos. E não só na Bahia, mas por todo o país. E assim como bem previa Correia e Omena (2013, p.08-09):

Na trilha da privatização e mercantilização da Saúde em curso o governo federal anuncia um conjunto de medidas para favorecer ainda mais o setor privado da saúde, além de reduzir os impostos que incidem sobre este setor, deverá oferecer financiamentos públicos para a melhoria dos serviços hospitalares privados⁹. Com estas medidas o Estado responde prontamente às demandas do setor privado por redução de impostos, maior financiamento para melhoria da infraestrutura hospitalar e a solução da dívida das Santas Casas. (...) Caso estas medidas anunciadas se concretizem, a privatização não se dará mais de forma mascarada, travestida de modernização da gestão, como no caso dos novos modelos de gestão.

Já se presencia nas ações do governo de todo o país medidas explícitas de privatização. Na Bahia para se falar em ações recém-saídas do forno, podemos citar a Portaria nº793 / 2016 que abre caminho para uma sequência de privatizações de importantes hospitais do Estado.

O que só comprova o quanto Santos (2015) foi feliz ao caracterizar a política de Estado brasileiro como homogênea e escancaradamente anti -SUS. Que tem no “Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento, o ‘núcleo duro’ do Poder Executivo, articulado a lobbies poderosos instalados no Legislativo” como central permanente de estratégias golpistas contra o SUS constitucional.

E que Paim (2013) pontua com o mesmo brilhantismo de sempre:

Se formos esperar pelos governos, seja qual for a coloração partidária, o SUS não avançará: será eternamente um sistema pobre para pobres. E se o SUS for para pobres, quando pobres não têm voz política, o SUS não terá força política. Em 2011, o Senado aprovou a regulamentação da Emenda 29, que determina os gastos com saúde nos três níveis de governo, mas a bancada governista evitou que o texto final obrigasse a União a investir 10% de sua receita na área. Se olharmos os números, a União vem se omitindo do financiamento. No entanto, com a inclusão do tema saúde na agenda política atual, via manifestação popular, as demandas estão sendo feitas. O governo está pressionado a dar respostas. Nesse aspecto, identifiquei apenas uma via: o financiamento do SUS só será resolvido se as pressões coletivas e organizadas continuarem.

Nunca foi tão imperativo trazer ao cerne do debate as noções do que é a saúde enquanto direito preconizada pelo MRS, e que tem sido tão devastada em nome dos interesses de alguns. E só mediante essa via conseguiremos retirar o SUS da linha de frente da mercadorização e garantir que o Movimento continue avançando em defesa não mais *da* Reforma, mas como bem coloca Sergio Arouca, *pela* Reforma Sanitária do país.

4. MOBILIZAR É A MELHOR DEFESA: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE LUTA DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.

Entendendo a complexidade do momento em que o Sistema Único de Saúde tem atravessado no Brasil com sequentes ações privatistas por parte do Estado, transformando aquilo que adquirimos como direito em simples e mera mercadoria a ser barganhada pelo mercado capitalista.

Nosso esforço neste capítulo, em especial, será mostrar que o movimento de Reforma Sanitária que atravessou gerações e conseguiu colocar na Constituição Brasileira uma nova noção de seguridade social fundada no tripé Previdência – Saúde - Assistência Social não acabou. Talvez se encontre um tanto tímido em relação ao que foi e realizou no passado, mas ainda assim, importante enquanto referência para todo o processo de luta que tem começado a ganhar corpo em diversos estados e municípios do Brasil.

Estabelecido nosso objetivo principal, traçaremos então o caminho tomado pelo Movimento da Reforma Sanitária pós 88, e o surgimento de um novo mecanismo de controle democrático que tem erguido mãos e vozes em defesa do SUS: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Pontuando suas principais propostas e estratégias de atuação.

Em seguida faremos uma breve análise do trabalho que a Frente tem desempenhado enquanto espaço de democratização do conhecimento, em favor de uma população empoderada de seus direitos, e atuantes na consolidação da cidadania.

Por fim, apontaremos os principais desafios postos à Frente nacional na atual conjuntura do País e sua chamada de luta em prol de uma mobilidade efetiva contra qualquer ameaça e retrocesso das garantias de direitos alcançados pela sociedade civil até então. Reforçando a importância do papel da sociedade civil na defesa do SUS e da democracia.

4.1 Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Pelo SUS e pela Reforma Sanitária.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) surge como um mecanismo de resistência ao crescente processo de mercantilização e sucateamento das políticas públicas no País por parte do Estado. E tem como finalidade o fortalecimento do controle social e a participação efetiva da população nesses espaços.

Sua criação é apontada como resultado da plenária final do seminário realizado em 23 de novembro de 2010 na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) intitulado “20 anos de SUS: Lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”. Onde fóruns de Saúde dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Alagoas e do município de Londrina, articulados com movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos, universitários e docentes da área de saúde, se reuniram para discutir novas propostas de defesa da saúde pública e retomada da luta em favor do projeto civilizatório proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Movimento este que após a década de 90 começa a perder sua força enquanto agente propulsor de mudanças, para dedicar-se a ocupação de ‘espaços estratégicos’, trocando assim as lutas de caráter coletivo por outras de caráter puramente corporativistas. (BRAVO & MENEZES,2014; COHN,2009)

Nesse mesmo sentido, Fleury (apud STOTZ, 1994, p.264-265) conclui que:

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, acando-as nas torres da academia, nos gabinetes da burocracia e nas antessalas do Parlamento.

Isso resultou em perdas para o processo de continuidade do projeto civilizatório indicado na Constituinte em 88. Com os sanitários presos em academias, os movimentos populares foram se setorializando, concentrando suas reivindicações em problemas locais e busca por políticas igualmente setorializadas.

No entanto, conforme Duriguetto (2008, p.62) apesar dessas anuências dos veteranos ainda “há movimentos, organizações, e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo”. Que atuam enquanto mecanismos não institucionalizados e suprapartidários na defesa intransigente dos direitos sociais tendo em vista os princípios que orientaram o MRS dos anos 70 e 80.

A saber a FNCPS, que de acordo com Bravo (2011) tem enquanto prioridade central a defesa do SUS 100% estatal, público e de qualidade. Para isso suas ações são pautadas em cinco eixos específicos:

1) **a determinação social do processo saúde doença** visando todos os aspectos biológicos, históricos e sócio - culturais que perpassam esse processo, com ações fundadas nos princípios constitucionais que rege o sistema;

2) **a gestão e o financiamento dos serviços de saúde da rede pública do Estado** combatendo quaisquer medidas tendenciosas de mercantilização e privatização do sistema, seja por terceirização ou parcerias público privadas;

3) **um modelo de assistência à saúde que priorizasse o acesso universal aos serviços públicos** e que estes fossem prestados com qualidade da atenção básica até a média e alta complexidade, totalmente adverso do modelo de outrora baseado na assistência médica privatista e restrita a quem possa pagar para tê-la;

4) **valorização do trabalhador da saúde** propondo exaustivamente a importância dos concursos e planos de carreira, ao passo que busca meios de eliminar a lei de responsabilidade fiscal para o gasto com o pessoal na saúde;

5) **efetivação do controle social** com teor democrático e participação popular em todos os processos decisórios de formulação e controle das políticas públicas de saúde e na forma de gestão do Estado.

Como reitera a coordenadora geral da Frente, Maria Inês Bravo (2012) os princípios fundamentais que dá sustentação a luta do movimento são os mesmos que os sanitaristas dos anos 80 empenhavam em suas bandeiras na defesa de um sistema único de saúde gratuito e universalizado. Onde o Estado se torna o responsável por garanti-lo independente de qualquer condicionalidade. Em suas palavras:

A Frente remonta historicamente à reforma sanitária construída nos anos 1980, que articulava uma perspectiva mais ampla da saúde, a partir da determinação social do processo saúde-doença e de uma discussão sobre um novo projeto societário. Infelizmente, a maioria dos históricos desse período tem defendido a reforma flexibilizada. Mas nós, da Frente, a defendemos nas suas origens. Somos uma Frente suprapartidária, numa perspectiva de esquerda, que busca unificar as lutas em torno da reforma sanitária dos anos 1980 (BRAVO, 2012)

Para unificar essas lutas, a FNCPS criou uma estratégia de atuação específica para cada campo, levando em consideração as particularidades de cada um, da necessidade de uma comunicação apropriada em cada uma dessas esferas.

Na **esfera jurídica** tem direcionado suas ações no acompanhamento de criação e implementação de leis, decretos e portarias, contrárias ao que determina a Constituição, seja a nível municipal, estadual, ou federal, combatidas mediante a petição de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) como concede a Lei 9868/1999.

A Frente tem se colocado contra todas as medidas vigentes que ferem os princípios do SUS e da democracia. Poucas não tem sido as moções, notas de repúdio, ocupação de ministérios, e denúncias de legislações que estão tramitando no plenário como decretos,

medidas provisórias, leis complementares que são verdadeiras armadilhas para os direitos garantidos na Constituição.

A denúncia feita pelo movimento é que o governo tem tentado de forma oportunista abrir brechas legais que favorecem a entrada da iniciativa privada e a mercantilização dos serviços públicos. Temos visto na realidade da agenda política onde a saúde pública deixa de ser prioridade, para dar lugar a discussões sobre orçamento impositivo, prestação de serviços por parte do setor privado, ingresso do capital estrangeiro, criação de OSs e EBSEHs, projeto escola sem partido, dentre outros.

Na **esfera parlamentar** o movimento tem se articulado por meio de audiências públicas, manifestações em Câmaras e Assembleias cujo assunto em votação verse sobre mecanismos cujo fim seja a mercantilização ou privatização da saúde, ou qualquer outro que fira os princípios propostos e assegurados na Constituição.

A frente também tenta articular parlamentares na luta em defesa do SUS universal e gratuito, e denunciando de forma pública todos que se opõem contra o sistema, em favor de interesses outros que não o do povo.

Na **esfera da sociedade civil** o movimento tem exaustivamente tentando difundir os ideários dessa luta, debatendo com a população usuária, e com os profissionais de saúde sobre os perigos da privatização, e das estratégias sorrrateiras que o mercado tem adentrado as portas do SUS. Mercantilizando algo vital que não tem como ser posto em prateleiras e compradas por quem desejar como é o caso da saúde. Também tem saído as ruas em caminhadas, manifestações, e atos cívicos convocando a população a unir forças em defesa do nosso sistema.

Como nos assegura Paim (2009) essa é uma luta contínua, que existirá independente de “leis, normas, e certos ganhos” para que o SUS de fato seja implementado como rege os parâmetros idealizados em sua criação. A partir de uma efetiva democratização do controle social, e na transparência e melhor comunicação dos Conselhos e Conferencias de Saúde. E essa sem dúvida, seria talvez um dos maiores desafios postos a FNCPS.

Na **esfera acadêmica** a tentativa é estimular ainda mais as pesquisas e produções científicas na perspectiva marxista sobre a questão da saúde, que fomente ainda mais o debate sobre o assunto e a defesa da Reforma Sanitária como um processo contínuo de luta.

Nessa finalidade tem se articulado movimentos estudantis e respectivos fóruns de saúde de todos os Estados promovendo seminários, roda de conversas, grupos de trabalhos, e projetos de Extensão e Pesquisa. E defende ainda:

...uma profunda reforma nos currículos universitários, de modo a aproximar a formação profissional em saúde do SUS da realidade e das necessidades do país, cumprindo um papel transformador da sociedade e do trabalho em saúde; ao mesmo tempo em que seja estabelecido um permanente processo de avaliação da qualidade dos cursos hoje existentes, ampliando a formação nas universidades públicas em substituição aos cursos privados, além de universalizar a residência em saúde para todos os profissionais. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2015)

Essa reforma nos currículos universitários possibilitaria uma formação condizente as especificidades de saúde existentes no país, e principalmente a formação de profissionais comprometidos com os princípios da democracia social e da cidadania como base para sua relação com os usuários dos serviços de saúde como agentes portadores desses direitos.

Também há uma importante tentativa por parte da Frente de ocupar os espaços dos meios de comunicação, no esforço de mostrar o que realmente é o SUS e o que há por trás de todo processo de sucateamento a que ele tem sido submetido, e que tem sido estrategicamente veiculado na grande mídia como problemas a serem solucionados apenas com a privatização. E reitera sobre a necessidade de superação desses discursos, apontando a maneira correta para alcançar esse objetivo:

Portanto, é fundamental enfrentar o discurso fácil de amplos setores da mídia que, descomprometidos com a saúde pública e a serviço dos interesses diametralmente opostos às políticas sociais, insistem em divulgar apenas as fragilidades do sistema e as conseqüentes iniquidades que atingem parcela considerável da população usuária, gestores e trabalhadores da Saúde, hoje seriamente ameaçados pelos duros ataques que o capitalismo deflagra contra as políticas públicas em todo o mundo. (...)A tarefa que se apresenta é mostrar o outro lado da moeda, a obra monumental que o SUS construiu nesses poucos anos de existência, inscrevendo-o, inclusive, como um dos principais fiadores dos avanços na qualidade de vida atingida pela população brasileira nos últimos anos, mesmo com todos os problemas estruturais e adversidades que se apresentam em seu cotidiano. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2015)

Discutir acerca dos problemas enfrentados pelo SUS por falta de recursos, filas intermináveis, e atendimento precarizado já tem sido feito de forma exaustiva por esses veículos que obviamente vai defender os interesses de seus senhores. O que precisa ser mostrado agora são os motivos por trás desses problemas e que não são explicitados por esses outros. Apontar a grandiosidade do nosso sistema para além dos “serviços pobre para pobres” que estão tentando de todas as formas reduzi-lo. O SUS é o maior projeto de saúde criado a partir do movimento organizado da sociedade civil, e ainda está em fase de construção. E, portanto, como bem nos lembra Paim (2009) ” leis, normas, e certos ganhos” não são suficientes para garantir a efetividade de sua implementação nos parâmetros de seus idealizadores. É preciso um processo contínuo de luta para que o SUS possível conquistado no calor das disputas entre o MRS e o

setor privado, se transforme no SUS Universal, gratuito, e de responsabilidade do Estado preconizado na Constituição de 88, e que tem sido símbolo da bandeira e alvo a ser perseguido como missão pela FNCPS.

4.1.1. Os novos modelos de gestão nos serviços públicos de saúde: o estopim para a organização da Frente Nacional contra a privatização.

Não é novidade que o Banco Mundial exerce uma grande influência na forma como os países em desenvolvimento, especialmente da América Latina, administram o aparelho estatal, a saber, supervalorização do superávit primário em detrimento da Seguridade Social.

Seguindo à risca esse receituário, o governo brasileiro tem reduzido os gastos com políticas públicas, focalizando sua cobertura apenas aos mais pobres. Além de parcial, essas políticas também assumem o teor fragmentado de respostas pontuais aos problemas da população. O que facilita seu discurso de ineficiência na gestão dessas políticas, repassando assim essa função para o setor privado, travestidos de novos modelos de gestão denominados: Organização Social (OS), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), dentre outros.

Para Gomes (2014, p.31):

A atuação desses novos modelos privados de gestão do Sistema Único de Saúde é inconstitucional e não cumprem com seus objetivos de melhorias na assistência à saúde da população. Ao contrário, acabam por gerar dúvidas e inseguranças que precisam ser sanadas para uma prestação mais eficiente dos serviços de saúde. Para isso, é vital uma interpretação sistemática da Constituição Federal com a adequação entre as finalidades, as formas e os agentes responsáveis pela efetivação dos princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e do controle social do Sistema Único de Saúde.

Esse foi o fator chave que permitiu que os fóruns de saúde junto aos movimentos sociais e demais entidades se articulassem enquanto uma Frente única e suprapartidária em defesa da saúde pública e da democracia conquistadas a dura penas na Constituição de 88 e ao longo dos anos seguintes. A princípio o foco da luta da FNCPS era combater duas medidas legais que estavam sendo impostas ao SUS: a primeira tratava-se da privatização de 25% dos leitos¹⁹ de 20 principais hospitais paulistas especializados e de alta complexidade, geridos por

¹⁹ Lei Complementar apresentada a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e aprovada em 22/12/2010.

Organizações Sociais (OSs), para clientes conveniados a planos e seguros de saúde privados. Ou seja, menos 25% de leitos para a população que não tem condições de pagar por eles, e uma diferenciação de atendimentos entre os que possuem planos e os que não.

O que para Bravo (2010, p. 187) representa, de certa forma,

(...) a utilização de critérios de discriminação econômica em vez de critérios de prioridade baseados na necessidade de saúde. O investimento feito com recursos públicos, extraído dos impostos pagos por toda a população, será disponibilizado de forma não igualitária, permitindo a entrada diferenciada no sistema de saúde para os que têm fontes privadas de financiamento.

Ferindo assim aquilo que prevê a Constituição, de garantia de assistência à saúde universal, totalmente gratuito, e baseado no fator saúde-doença considerando todas as especificidades que perpassam esse contexto e afetam na condição de vida do sujeito. Bem como o quesito “complementariedade” entre público e privado ganha aqui uma outra dimensão que não a prevista na criação do Sistema.

Os serviços privados que deveriam ser prestados de forma complementar ao SUS, como se públicos fossem, acontece o inverso. Os serviços públicos passam a servir o setor privado e ser prestado como se privado fossem, e isso com o financiamento pago pela população, retirado do orçamento destinado a saúde do povo. Que além de já ser irrisório, ainda sofre esse tipo de injustiça em sua gestão.

A FNCPS escreveu uma Carta Nacional pontuando os perigos dessas organizações na gestão de serviços públicos e a urgência da votação e aprovação por parte do Supremo Tribunal Federal (STF) da ADIN 1923/98 impetrado contra a Lei 9.637 que criava e legalizava a OS.

Promovendo também diversos atos públicos, abaixo assinado digital, e sucessivas reuniões com ministros para apressar esse processo. Que enquanto ocupava as gavetas do Supremo, gerava crises e sucateamentos nos serviços de assistência à saúde da população. Mas apesar de todos os esforços do Movimento, essa votação só veio acontecer agora em 2015, e bem ao modo brasileiro: parcialmente.

O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público. Contudo, a celebração de convênio com tais entidades deve ser conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios constitucionais que regem a Administração Pública (caput do artigo 37). Por votação majoritária, a Corte julgou parcialmente procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923, dando interpretação conforme a Constituição às normas que dispensam licitação em celebração de contratos de gestão firmados entre o Poder Público e as organizações sociais para a prestação de serviços públicos de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ao meio ambiente, cultura e saúde. (BRASIL, 2015)

Entre favorecer a ADIN ou a Lei das OS, o Estado fica ali no meio ostentando uma falsa neutralidade. Aprova parcialmente algumas pautas de uma como forma de afrouxar as pressões de seus requerentes, e deixa o resto correr solto ao bel-prazer das terceirizações no interior do SUS. Favorece a gestão da saúde pelas OS mesmo com tantas evidências do quão nocivas e corruptas elas são.

A FNCPS mostrou isso em seu documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (OSs) no Brasil”, apresentado a diversos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF). Descrito pela própria Frente como um relatório “Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais(OSs)”, trazia em seu conteúdo uma compilação de dados de várias instituições e aparelhos estatais que tinham esse modelo de gestão, denunciando falhas em todas as experiências consultadas. (FNCPS, 2012)

Um exemplo atual é a investigação²⁰ que está sendo feita pelo Ministério Público na Pró-saúde, organização responsável pela gestão de sete instituições de saúde no Estado do Rio de Janeiro onde o montante de R\$ 390.000, 00 foi destinado ao pagamento de viagens, as quais ninguém sabe explicar quais foram e quem fez. E nesse processo a Frente continua se posicionando na luta por respostas e uma ação efetiva por parte do Estado quanto a solução dessa questão.

A segunda medida estatal combatida pela FNCPS foi a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²¹ - que seria uma instituição pública de direito privado e patrimônio próprio, criada pelo governo como uma das medidas de reestruturação²² física, tecnológica, e de recursos humanos dos Hospitais Universitários (HU). Seria então um modo de solucionar os diversos problemas que estavam sendo fortemente divulgados como recorrentes destes hospitais, trazendo agilidade, qualidade, e um melhor atendimento à população usuária.

²⁰ Para maiores informações ver matéria completa disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571>

²¹ De início tratava-se de uma Medida Provisória nº 520 aprovada em 31/12/2010, e devidamente amparada por Lei em dezembro de 2011 pela Presidente Dilma através do sancionamento da Lei 12.550.

²² Essas medidas fazem parte do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. (REHUF)

Certamente um belo discurso que impressiona e ganha de forma fácil a aceitação dos leigos. Só que de fato, a realidade da implantação dessas empresas nesses hospitais está longe de trazer solução. Foi constatado e apresentado de maneira contundente pela FNCPS, que os hospitais universitários que passaram a ser geridos por essas empresas tiveram um quadro maior de sucateamentos, faltando até materiais básicos para atendimentos simples. Diversos segmentos de trabalhadores de saúde dessas unidades aderiram greves por falta de pagamento, e condições precárias que os impediam de exercer suas funções.

A esse respeito, Pedro Rosa Cabral (2015), diretor de saúde da Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA) nos esclarece que:

A lógica da Ebserh e o discurso do governo Dilma e dos reitores é de que os problemas dos HUs são de gestão e não de falta de recursos, e que por isso uma gestão privada como a desta empresa melhoraria as coisas. No entanto, os resultados de mais de dois anos de imposição da Ebserh já são suficientes para desmascarar seu discurso. Vários HUs geridos pela empresa suspenderam cirurgias, transplantes, quimioterapia com os cortes de verbas. O Hospital Universitário Walter Cantídio, da UFC, era referência nacional em transplantes e cancelou todos. Eram 190 leitos e fecharam 95.

Eles próprios compreendem isso, ao apontar a falta de repasse de verbas do SUS como o fator principal para a suspensão desses serviços. E não precisaríamos ir tão longe para encontrarmos um outro exemplo similar ao ocorrido no Hospital Universitário Walter Cantídio. Recentemente o Hospital Universitário Professor Edgard Santos, popularmente conhecido como o Hospital das Clínicas, e a Maternidade Climério de Oliveira, ambos vinculadas a Universidade Federal da Bahia (UFBA), enfrentaram uma greve de 70% dos trabalhadores efetivos (médicos, enfermeiros e técnicos) por problemas relacionados ao pagamento salarial. Isso sem contarmos o número de fraudes, desvios de verbas, e demissões injustificadas que essas empresas carregam nas costas.

Como bem comprova o material produzido e divulgado pela FNCPS, essas empresas não se importam com os direitos da população, e sim com os lucros. Tira a autonomia das Universidades, e se apropria das pesquisas e produções realizadas nesses espaços para fins mercadológicos e captação de riquezas em benefícios próprios.

E o governo ao contrário de coibir tais ações, as favorecem, repassando verbas por indicadores de metas e desempenhos quantitativo de atendimentos da Instituição. Ou seja, os meios utilizados por essas empresas para atingir esse desempenho não são considerados, e muito menos avaliados, apenas o resultado final merece atenção.

Uma gestão que tem sido historicamente fisiologista e a serviço dos interesses privados e político partidários, se agravou terrivelmente com a proliferação das Organizações Sociais, OSCIPs, Fundações de Direito Privado, “institutos” (como é o

caso da Saúde Indígena), EBSEERH, enfim, “parceiros” privados das mais variadas vertentes, cuja finalidade precípua é se apoderar do sistema e explorá-lo financeira e politicamente. (FNCPS, 2015)

Hoje, dos 50 hospitais universitários espalhados pelo país, 39 já tem contrato com a EBSEERH. E isso ocorre à revelia dos Conselhos Universitários. A FNCPS produziu um “Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH” onde apresentou denúncias de diversas irregularidades, e atos corruptos na gestão dessas empresas privadas em Hospitais Universitários. No esforço de esclarecer os perigos que essas empresas representam como gestores de Hospitais responsáveis pela formação de profissionais de saúde, uma vez que seus interesses são orientados pela lógica do mercado, e não da democracia. Trata-se de uma nova forma, mas não de gestão, e sim da privatização dos HUs, retirando toda sua autonomia enquanto pesquisa voltadas para a saúde da população.

A FNCPS tem realizado inúmeras reuniões com ministros divulgando esses resultados, bem como organizado diversos atos públicos, notas de repúdio, propostas de debates sobre o tema nas universidades, apontando a necessidade da criação de um conselho participativo que barrem e fortaleçam a luta pela extinção dessas empresas na gestão dos HUs ou qualquer outro aparelho de saúde pública.

Esse assunto foi recorrente nas pautas da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu entre os dias 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, em Brasília, e teve como propulsor desse debate a FNCPS. Em nota política a respeito das vitórias alcançadas a despeito do que foi sintetizado e publicado pelo Governo Federal, a Frente se mantém firme:

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde obteve uma grande vitória com a defesa intransigente do SUS público e repúdio a privatização. Mas, é preciso continuarmos atentos e organizados. A nossa luta continua em cada estado e município desse país, fortalecendo os fóruns em defesa do SUS e contra as privatizações, exigindo a efetivação das definições desta Conferência, buscando fortalecer o controle social e as lutas nas ruas! A 14ª Conferência Nacional de Saúde entra para a história reafirmando o mais importante princípio da 8ª Conferência Nacional de Saúde: nossa saúde não é mercadoria! (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p.10)

Desde então a FNCPS tem estendido sua estratégia de ação por diversos outros eixos de combate, contra toda forma de mercantilização e privatização das políticas públicas no país. Articulando com fóruns de saúde, movimentos e entidades sociais – a níveis municipais, estaduais, e até internacionais -que perseguem este mesmo ideal.

As estratégias de lutas são debatidas em maior frequência em fóruns locais, e expandido anualmente em reuniões e seminários nacionais. Atualmente a FNCPS conta com 20 fóruns

estaduais, 01 no Distrito Federal, e 17 fóruns municipais. E não tem poupado esforços para criação de outros em estados e municípios que ainda não possuem.

Aqui na Bahia a Frente em defesa do SUS foi criada em 09 de janeiro de 2013, graças a articulação do Sindicato dos médicos do Estado da Bahia (Sindimed) e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

No entanto, nos dois últimos anos, duas novas Frentes foram criadas no mesmo intuito de defender o Sistema Único de Saúde e combater as ações neoconservadoras e retrógradas que o governo tem tentado submeter as políticas públicas e os direitos democráticos alcançados e garantidos na Constituição.

Em 2015 foi lançada a Frente Democrática em Defesa do SUS por entidades de saúde como o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde da Bahia (Sindsaúde-Ba) e o CEBES, e diversos movimentos sociais da área. E agora em 2016 foi lançado na Câmara, a Frente Parlamentar em defesa do SUS, onde participam 200 deputados e 40 senadores. Ou seja, a pauta de luta é a mesma, mas ao contrário de unir forças em uma estratégia única, preferem atuar de forma desarticulada e fragmentada.

Concordando com Ávila (apud Sindimed 2013, p.31) concluímos que,

(...) é fundamental, a articulação não só em âmbito local, mas também nacional, através de outros Fóruns e Frentes que defendem o SUS, com vistas à construção de um espaço que fomente a resistência às medidas regressivas, quanto aos direitos sociais, e contribua para a construção de uma mobilização em torno da viabilização do Projeto da Reforma Sanitária.

Resistência não se faz com divisão, mas diversos coletivos integrados em favor da continuidade do movimento pela Reforma Sanitária. Com estratégias efetivas, e de maior alcance em suas propostas. De outro jeito, o que se consegue é uma ação tímida, de pouco alcance, e que não condiz com as características suprapartidárias e democráticas que dão sustentação ao movimento empenhado pela Frente Nacional em defesa da implantação do SUS nos parâmetros do seu projeto inicial com vista a universalidade, integralidade, e equidade na prestação dos serviços da saúde da população.

O esforço da Frente Nacional é justamente agregar esses Fóruns estaduais e municipais, movimentos sociais, partidos políticos, entidades acadêmicas, em uma articulada barreira de resistência a todas as propostas conservadoras e reacionárias que possam ser impostas a saúde ou qualquer outro tipo de direito garantido na Constituição.

A meta é fortalecer os equipamentos de controle social democráticos tanto na formulação, quanto na implementação dessas políticas, impedindo assim quaisquer brechas

para retrocessos e/ou corrupção nos mesmos. Diversas ações têm sido realizadas nesse sentido, como produção de artigos, seminários nacionais e locais, reuniões, oficinas, ocupações, incentivo a pesquisas acadêmicas sobre o tema, denúncias, divulgação de vídeos, socialização de experiências em outros países., e participação em massa de Conferências e Conselhos de Saúde. Todo o material produzido e todo processo de luta em prol da defesa do sus 100% público tem sido divulgado no site da própria Frente.

4.2 **Empoderamento social: o conhecimento de direitos enquanto estratégia de fortalecimento de luta em defesa do SUS.**

Tomando como base a definição de poder realizado por Foucault (2005 apud VIEIRA et al, 2009) entendemos que ele se trata de algo subjetivo que se constrói a partir das relações interpessoais, podendo assumir a depender do contexto em que se insere, uma conotação tanto negativa – marcado pela dominação autoritária e de imposição - como conotação positiva - caracterizado pela superação da condição de dominado pela produção e reprodução do saber emancipador.

Assim, o empoderamento aqui descrito está alinhado a conotação positiva do poder, e conforme aponta Herriger (2006 apud KLEBA E WENDAUSEN, 2009, p.738),

(...)implica na transformação das estruturas sociais visando à redistribuição de poder, produzindo mudanças das estruturas de oportunidades da sociedade. Nessas dimensões do empoderamento, o desenvolvimento de competências e da capacidade de enfrentar situações difíceis ocorre nos espaços da micropolítica cotidiana e é fortalecido no espaço da política macro, à medida que as pessoas se apropriam de habilidades de participação democrática e do poder político de decisão.

O empoderamento da população enquanto sujeito portadores de direitos, torna-se então essencial para seu desenvolvimento enquanto protagonista de ações voltadas a transformação da sociedade mediante a defesa intransigente e efetiva da democracia.

Sabemos que o intuito do capital é fazer com que o acesso aos serviços públicos seja concebido como um favor, expropriando a noção de direitos que nos são garantidos pela Constituição. E só há uma maneira de fugir desse conto da carochinha: o conhecimento. Conhecer quais são os direitos, como podemos defende-los, e quais são as responsabilidades e o papel do Estado frente a esses questionamentos, nunca foi tão vital ao considerarmos a atual conjuntura do país e a imposição de todo tipo de retrocessos.

Compreendendo essa importância do conhecimento enquanto agente empoderador para a efetividade da mobilização social, e enquanto estratégia de fortalecimento na luta em favor

da cidadania, dos direitos humanos, e contra toda forma de desmonte da seguridade social, a FNCPS tem desempenhado um excelente trabalho nessa direção. Anualmente tem realizado um seminário reunindo diversos temas coerentes ao contexto de lutas travadas cotidianamente pelo movimento, bem como se esforçado na produção de cadernos de saúde no intuito de trazer a população para ocupar esses espaços.

Tentaremos então descrever de forma sintética os principais assuntos problematizados nesses eventos, e os objetivos que levaram a escolha das respectivas temáticas discutidas em cada um dos 5 seminários nacionais. Analisando ao final os avanços conquistados no decorrer desse processo e o que foi produzido de material durante esse tempo.

O I Seminário intitulado “20 anos de SUS: Lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal” que deu origem a criação da Frente nacional em plenária final, aconteceu em 2010 no Rio de Janeiro, e que reuniu na ocasião cerca de quatrocentas pessoas;

Nesse evento foi discutido, em linhas gerais, a necessidade de combater a privatização do SUS, a expropriação da conquista de direitos do trabalhador de saúde e da população, os perigos dos novos modelos de gestão denominados como OSs, e a importância dos movimentos sociais e da sociedade civil nesse processo.

O objetivo central desse evento, segundo Bravo (2011) versava sobre o fortalecimento e ampliação da articulação de fóruns estaduais, unidos e organizados nessa luta mediante a criação de uma agenda única de saúde.

Tema reforçado no II Seminário intitulado “SUS 100% público, estatal, e de qualidade” que ocorreu nos dias 09 e 10 de julho de 2011 em São Paulo. E teve como pauta de discussão a questão do financiamento da saúde do Brasil e o atravessamento do setor privado por dentro do SUS.

O objetivo da FNCPS em trazer essa temática para o centro do debate estava ligado a criação de estratégias de pressionamento para que a EC 29 fosse de fato regulamentada, tornando obrigatório o investimento de 6% do PIB nos gastos em saúde pública, e a aprovação do percentual de 10% estipulado para o orçamento de responsabilidade da União em despesas essenciais para a manutenção do Sistema e oferta de serviços públicos com qualidade.

A defesa em voga era de que os problemas do SUS não era de gestão, mas sim de financiamento. Ou pior, um subfinanciamento consentido e perpetuado por diversos governos em favor do pagamento da dívida externa e do ajuste fiscal. Que além de irrisório, tem sua maior parte destinada ao gasto com o setor privado, favorecendo assim ao sucateamento dos serviços públicos e a mercantilização apregoada como solução viável para atender toda a

demanda que se avoluma nos corredores dos hospitais e postos de saúde por falta de recursos básicos.

A chamada da FNCPS nesse contexto foi de luta pela priorização da saúde na agenda política enquanto um direito a ser garantido pelo Estado, e contra qualquer medida que abrisse brechas para que a implementação do SUS seguisse por caminhos estranhos ao traçado pelos sanitaristas em sua construção.

Já o III Seminário ocorreu no estado de Alagoas entre os dias 07 e 10 de junho de 2012, subordinado ao tema “Avançar na luta em defesa da saúde pública estatal: contra os novos modelos de gestão privatizantes”. Onde se discutiu os impasses da relação público-privada na saúde e a necessidade de articulação de lutas a nível internacional como forma de resposta mais efetiva as propostas lançadas pelo Banco Mundial de desreponsabilização estatal e que estavam sendo acatadas fielmente pelo governo brasileiro e de diversos outros países.

Nesse evento, em especial, dois convidados de outros países trouxeram grandes contribuições para fomentar o debate: o primeiro foi o médico argentino Horácio Barri – presidente do Movimento por um Sistema Integral de Saúde, representante e membro fundador da Associação Latino Americana de Medicina Social (ALAMES) – e o segundo, o francês Julien Terrié - representante da Rede Europeia para o Direito a Saúde.

O objetivo desse seminário foi chamar a atenção dos reitores para a não aceitação das EBSEHs na gestão dos Hospitais Universitários, apontando de forma incisiva o quanto esse modelo feria os princípios constitucionais e a própria autonomia dessas instituições. Todo esse debate desembocou em uma moção de repúdio a essas empresas, que foi aprovada na plenária do Conselho nacional de Saúde²³.

O IV Seminário da Frente também foi construído seguindo essa mesma pauta de luta contra as empresas privadas na gestão dos serviços públicos de saúde. E aconteceu entre os dias 07 e 09 de junho de 2013, reunindo cerca de 600 pessoas em Santa Catarina. Nesse encontro se discutiu os impactos do capitalismo e a questão da privatização da saúde na conjuntura nacional

²³ Essa moção pode ser encontrada no site da FNCPS e também na página do CNS no endereço: http://conselho.saude.gov.br/mocao/mocoos_12.htm

e internacional. Bem como se reforçou a importância dos movimentos sociais e frentes nacionais, estaduais, e municipais em defesa do SUS público, estatal e com qualidade.

O diferencial desse seminário foi o debate sobre a saúde mental, drogas, e os rebatimentos das internações compulsórias que se alastravam pelo país, repetindo as práticas higienistas e autoritárias de outrora. Preservar a dignidade humana e os princípios da democracia tornava-se naquela instância pauta extremamente urgente, uma vez que, aquele que deveria ser o responsável por assegurar essa garantia a população, posicionava-se de forma contrária criando leis para expropriação desses direitos.

A FNCPS também teceu críticas a maneira como o governo Dilma vinha subsidiando os planos privados de saúde, em detrimento dos cortes de orçamento dos recursos do SUS. Segundo Scheffer (2014) “o que está em jogo é o poder de um mercado bilionário. Os planos de saúde crescem muito a cada ano. Já são mais de 50 milhões de brasileiros conveniados. Faturaram mais de R\$100 bilhões em 2013”. E ainda recebem toda ajuda do governo para continuar enchendo os cofres das empresas privadas.

Reforçar a importância de agregar forças em defesa do movimento pela reforma sanitária, e principalmente do SUS universal e não apenas focalizado como uma política paliativa para pobres, tornava-se cada vez mais imperativo nos discursos dos participantes do evento e como pauta cativa nas agendas da FNCPS.

No ano de 2014 a Frente não realizou seminário a nível nacional. Os eventos foram organizados em vários estados pelos respectivos Fóruns de Saúde local. O intuito era fortalecer essas entidades, atraindo novos adeptos ao movimento de luta em defesa do SUS, ao passo que combatia de forma pontual medidas privatistas nos aparatos públicos de saúde e o processo de desmonte dos mesmos. Valendo destacar: o Seminário de Planejamento do Fórum em Defesa do SUS - em Minas Gerais; O Seminário sobre Democratização da informação, imprensa alternativa e luta contra a hegemonia: desafios na conjuntura atual – no Rio de Janeiro; e Seminário A privatização da Saúde: EBSEH E OSs – em Alagoas.

O V Seminário ocorreu então no ano de 2015, entre os dias 27 a 29 de março, no Rio de Janeiro. Intitulado “Saúde, crise do capital e lutas sociais na América latina”, veio colocar no cerne do debate as brechas deixadas na Constituição para a entrada do setor privado no SUS, e seu agravante com a promulgação da Lei 13.079/ 2015 pela possibilitando também a entrada do capital estrangeiro no campo da saúde.

O evento reuniu cerca de 700 pessoas, e continuou defendendo a necessidade da internacionalização das lutas para maior resistência da Frente contra as propostas privatizantes e ao modelo do complexo médico-industrial financeiro apregoado e difundido pelo Banco Mundial. Diversas personalidades de países como México, Colômbia, Portugal, Cuba, Equador e Venezuela contribuíram nesse evento trazendo um panorama dos desafios impostos ao setor da saúde pública por conta da crise do capital.

Ficou claro que, a forma sutil com que o estado vai permitindo a mercantilização dos serviços públicos, em alguns desses países, é semelhante ao que vem ocorrendo no Brasil. Segundo o representante da Colômbia, Torres-Tovar (2015) o Banco Mundial tem publicado dados favoráveis ao sistema de saúde do seu país quanto ao acesso da população a seguridade social, no entanto, revela que na realidade não se tem uma cobertura total desse acesso, e sim um pacote de planos de seguros privados pagos pelo Estado para que essas instituições prestem esses serviços de assistência médica. Completa dizendo que,

...num novo vocabulário coerente com as reformas neoliberais, a proteção social passou a ser o “manejo social do risco”, a seguridade social se limitou à segurança individual, a universalidade foi reduzida a “pacotes de seguro para todos”, o direito à saúde se tornou um “pacote de serviços”, a equidade se afastou da justiça social e o cliente ocupou o lugar do cidadão de direitos. (apud GUIMARÃES, 2015)

E é justamente nesse molde que querem implementar as ações do SUS no Brasil, mediante não mais a oferta de saúde, mas de assistência médica. Trocando direito universal e gratuito por uma cesta básica de serviços precarizados e planos privados acessíveis que fora do papel do contrato, não tem cobertura alguma.

E quem são os maiores prejudicados nessa história toda? Os pobres. Aqueles que não tem como arcar, por exemplo, com uma cirurgia que custa R\$ 3, 4, 10 mil reais, e isso fora os medicamentos e gastos extras. Porque é assim que acontece nos países que não possuem uma cobertura universal de saúde. A pessoa leva anos pagando um seguro de saúde, com a ilusão de que tem cobertura, e quando chega o momento de desfrutar desse benefício descobre que a empresa não vai custeá-lo. E a única alternativa para que receba esse tratamento é pagando o valor total referente a seu custo na tabela da empresa. Não tem jeitinho, facilidades, ou preocupações com um possível agravamento do estado de saúde ou se a pessoa tem ou não condições de pagar. Não se considera saúde enquanto direito à vida, mas como uma mercadoria extremamente rentável que gera lucros aos cofres das grandes corporações de seguros.

Como bem concluiu, Marcela Pronko (2015) em sua fala final durante o evento: "a Constituição diz que saúde é dever do Estado. Mas que Estado é esse? No capitalismo, o Estado é de classe". E como tal, é evidente, que seu interesse estaria voltado ao favorecimento da classe dominante representado nas figuras do mercado e do setor privado. Estimula-se o aceleração do desenvolvimento e crescimento do país, mas as custas do corte dos direitos básicos da população, como saúde, educação e segurança.

Nesse sentido, a luta em favor do fortalecimento da Frente enquanto resistência a essas políticas reacionárias e contra o capital. Defendendo assim como o Movimento da Reforma sanitária da década de 70, pautas para além do setor saúde. Abarcando uma totalidade de mudanças que precisam ser redirecionadas no país, por um SUS 100% estatal, por valorização do trabalho e dos direitos trabalhistas, pelo controle social democrático, e acima de tudo, pela garantia dos direitos humanos.

Analisando o processo de organização do primeiro para o último seminário realizado até o momento, notamos que o movimento da FNCPS vem crescendo não só em questões quantitativas. As agendas e estratégias estão muito mais coerentes e fortalecidas, e os ânimos também são outros. O movimento tem ganhado um novo fôlego a cada evento realizado, e tudo isso tem sido respondido em pequenas conquistas nas lutas diárias que tem tratado em defesa do SUS Constitucional, 100% público, gratuito, com vista a integralidade, equidade, descentralização, controle social democrático e participativo, ao molde original em que foi concebido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Quanto ao material produzido em consonância dos debates realizados nos seminários, ou como ação preparatória para os mesmos, encontramos uma lista generosa no site da Frente. O objetivo dessas produções é o resgate de conceitos básicos fundamentais a cidadania, e que traga o marxismo como norte no adensamento dessas reflexões. Foram produzidos até o momento quatro cadernos.

O primeiro intitulado "Política de saúde na atual conjuntura: Modelos de gestão e agenda para a saúde", organizado por Maria Inês Souza Bravo, Débora de Sales Pereira, Juliana Souza Bravo de Menezes, Mariana Maciel do Nascimento Oliveira, foi lançado em 2007 pela Rede Sirius da UERJ. E trazia uma discussão desse tema subordinada a três eixos: a Reforma Democrática do Estado brasileiro e as políticas de Saúde; os modelos de gestão na saúde; e uma agenda para a saúde considerando os desafios a serem enfrentados.

O segundo “Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade”, organizado por Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes, em 2011, também pela Rede Sirius. A discussão também foi organizada em três eixos principais: políticas Sociais, saúde e participação na atualidade; gestão da saúde e a relação público-privado; permanecendo o ultimo eixo como a necessidade de criação de uma agenda para a saúde e os principais desafios.

O terceiro “A saúde no governo do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização”, também organizado por Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes, lançado em 2014, pela mesma editora Sirius. Os eixos foram construídos em torno dos temas: políticas sociais e saúde; relação público-privado na saúde; e as lutas sociais e a saúde.

O quarto e último caderno intitulado “A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro”, organizado por Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fatima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza, em 2015, pela Rede Sirius. Os eixos: a privatização da saúde no Brasil; A saúde no Rio de Janeiro e os impasses das organizações sociais; as resistências as organizações Sociais por diversos sujeitos sociais e as lutas por saúde.

Além desses cadernos, diversos documentos, artigos, cartilhas e folhetins são postados no blog da FNCPS, na tentativa de fomentar e estimular o empoderamento de direitos por meio do conhecimento, e atrair mais defensores na luta contra a privatização do SUS ou qualquer outra instância de natureza pública, e que pertence ao povo. Assim sendo, não poderíamos deixar de ressaltar a contribuição da Frente junto aos Conselhos e Conferências nacionais de Saúde, fomentando debates, e estimulando a retomada de estratégias radicais e consistentes na re colocação do processo civilizatório enquanto prioridade de governo nas agendas políticas.

4.3. Uma ponte para um futuro retrógrado: desafios frente a atual conjuntura política do País.

O dia 12 de maio de 2016 amanheceu sombrio para milhares de brasileiros que assistiram a democracia ser pulverizada numa manobra absurda em que, os interesses apontados contrários

a corrupção vigente no país nada mais era que uma maquiagem da verdadeira intencionalidade²⁴ das elites conservadoras: tomar o poder e anular o voto de 54 milhões de brasileiros que optaram pela continuidade do progresso e da igualdade de direitos nas eleições de 2014.

As manobras parlamentares, jurídicas e midiáticas que culminaram com o afastamento de Dilma Rousseff da presidência da República (...) desnudaram as fragilidades da democracia burguesa e o esgotamento dessa funcionalidade na tentativa de superação da crise pela qual passa o capital. Em seu lugar assume, de maneira ilegítima, o até então vice-presidente Michel Temer, representando os setores mais atrasados, conservadores e reacionários da sociedade brasileira. Os documentos que anunciam as ações a serem adotadas pelo governo que se inicia (Ponte para o Futuro e Travessia Social) apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores. (FRENTE CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAUDE. 2016, não paginado)

Poucos meses de mandato e as propostas do governo interino já mostra a que veio e a quem vai defender. Em seu programa intitulado “Uma ponte para o Futuro” as palavras são claras quanto a isso: “(...) a necessidade preliminar de reconstituirmos o Estado brasileiro, para que ele volte a ser como foi no passado, e em condições muito mais precárias, não um obstáculo, mas um agente de desenvolvimento”. E como se isso não fosse o bastante ainda completa: “O Estado deve ser funcional. E para ser funcional deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade” (PMDB, 2015, p.04)

Só para situarmos um pouco esse “volte a ser como foi no passado” vale lembrar as condições de descaso em que se encontrava a população no Brasil. Especialmente na área da saúde em que havia condicionalidades para se ter acesso: uma vinculação formal ao mercado de trabalho. Sendo que a atenção à saúde servia ao propósito básico de reparação da força de trabalho para o capital. Ficando a grande maioria a mercê da caridade de instituições filantrópicas e da Igreja. Ao Estado cabia uma ou outra ação paliativa concedida aos segmentos mais pauperizados.

²⁴ Intenção essa que ficou mais que evidente no maior circo dos horrores já assistido na história brasileira, quando 342 deputados votaram a favor do impeachment da presidenta Dilma Rousseff (PT) sob alegações não comprovadas de pedaladas fiscais e outros argumentos fracos e desprovidos da menor coerência sustentar a decisão.

Ou seja, as políticas públicas no Brasil eram subordinadas prioritariamente aos interesses econômicos e políticos preconizados no ideário capitalista, executadas por meio de práticas assistencialistas e clientelista. Onde essa diferenciação de clientela tinha uma orientação óbvia: os assalariados para o setor privado por intermédio da previdência, e os miseráveis para o setor público.

É exatamente nesse modelo que o atual governo golpista pretende regredir as políticas de saúde, num processo escancarado de mercantilização, privatização e desmonte da Seguridade Social e do SUS.

Onde as ações do sistema deverão ser implementadas não mais mediante a oferta de saúde, mas sim de assistência médica. Trocando um direito gratuito por uma cesta básica de serviços precarizados e planos privados a valores acessíveis, os quais fora do papel do contrato não terá cobertura alguma para seu suposto segurado.

A primeira ação nesse sentido foi a nomeação de Ricardo Barros para assumir o Ministério da Saúde que, dado o amplo financiamento que recebe das empresas de seguros e planos de saúde em suas candidaturas, já assumiu seu interesse em ampliar as parcerias com o setor privado sob a justificativa de folgar os cofres públicos.

Outra medida foi a largada para a efetivação do projeto que apesar de ter no nome “ponte para um futuro”, já se inicia cheio de controversos regressos no campo da política social e pela imposição arbitrária das decisões. Como consta no supracitado documento: “Nesta hora da verdade, em que o que está em jogo é nada mais nada menos que o futuro da nação, **impõe-se** a formação de uma minoria política, mesmo que transitória ou circunstancial, capaz de num prazo curto, produzir todas estas decisões na sociedade e no Congresso Nacional”. (PMDB, 2015, p.02, grifo nosso).

De fato, um grande número das propostas retrógradas desse projeto já tramita na Câmara e no Senado, e tem chances prováveis de serem aprovadas. Todas essas manobras políticas tendem a fortalecer o processo de mercantilização da saúde.

E passa a ser visualizado de forma assustadora e crescente, aquilo que Paim (2016) nos chamara a atenção anteriormente a respeito dos perigos de uma “americanização” do SUS. Uma transformação do sistema em um conglomerado de empresas prestadoras de serviços.

Os passos tomados pelos governos anteriores e intensificado no atual apontam para ela, isso desde a entrada do capital financeiro na compra de hospitais públicos e filantrópicos, quanto no condensamento do setor privado no interior do sistema, e no crescente subfinanciamento do mesmo.

A FNCPS tem se posicionado de forma intransigente na defesa da saúde e contra qualquer retrocesso de direitos, reafirmando contundentemente que não reconhece esse governo ilegítimo e golpista. Como seu repúdio a todas essas medidas reacionárias que tem sido aprovada ou esperam por aprovação. A saber:

- A PEC 451/ 14 que obriga todas as empresas a contratar planos privados para seus empregados;
- PEC 87/ 15 que prevê a extensão da DRU até 2023 e permite a retirada de até 30% do valor destinado a seguridade social pelo governo;
- PEC 241/16 que congela por até 20 anos os gastos sociais com a Saúde e Educação;
- PL 4933/16 que retira a obrigatoriedade de avaliação dos agrotóxicos pelos Ministérios de saúde e Meio Ambiente;
- PL 4918/16 que permite a privatização de todas as empresas públicas;
- PLC 257/16 que prevê o congelamento dos salários de funcionários públicos, a criação da demissão voluntária; alteração da Lei de Responsabilidade Fiscal, e de realização de concursos públicos.

Diversas ocupações de prédios do Ministérios de Saúde denominadas “OCUPASUS” também foram realizados em defesa do SUS e da saúde pública, enquanto um mecanismo de resistência ao governo golpista e todos os retrocessos que sua chegada ao poder representava.

O movimento começou em salvador no estado da Bahia 30/05, logo seguido por Belo Horizonte dia 03/06, Florianópolis dia 06/06, e Rio de Janeiro dia 08/06. Em Salvador a ocupação durou 15 dias e terminou com a construção de uma agenda de lutas e a formação de um comitê. Isso, mais o “escracho público” ao novo ministro Ricardo Barros que na ocasião tinha sido convidado para um evento na cidade para falar das novas estratégias para o SUS.

A Frente Nacional tem apoiado e participado ativamente desses espaços de resistência, que se enumeram além das ocupações e notas de repudio, em atos, passeatas, debates, e etc.

Fazendo todo esse trabalho de base anteriormente realizado pelo Movimento de Reforma Sanitária. Do qual ela tece críticas ao modo engessado e tradicionalista com que tem se posicionado dado o avançar da tentativa de uma nova contrarreforma do Estado nas políticas públicas, substituindo-as por outras de caráter compensatórias e longe do viés universalista.

A saúde tem sido pauta de interesse e preocupação da população, e isso foi comprovado durante as diversas manifestações que tem ocorrido pelos quatro cantos do país, em especial a que ocorreu em junho de 2013. Os cartazes e faixas erguidos nas ruas de forma espontânea apontavam para o desejo das massas de ter seus direitos garantidos e respeitados pelo estado. Suas vozes conclamavam por saúde de qualidade, e chamavam a atenção do Estado para os diversos problemas que se alastravam pelo interior dos hospitais e postos públicos por falta de recursos. E que de certa forma serviu para reanimar movimentos sociais até então estagnados.

Logo torna-se urgente o fortalecimento dessa luta em favor da democracia e contra toda forma de regresso naquilo que já foi conquistado e garantido enquanto direito. Defende-los é papel de todos. O maior desafio, portanto, está justamente na criação de estratégias eficientes que sensibilize e traga para luta as massas populares. Que se desperte o mesmo desejo de outrora de promover um movimento não apenas da Reforma, mas pela Reforma Sanitária – abarcando uma totalidade de mudanças necessárias e urgentes no País.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a importância da saúde e os aspectos apresentados neste trabalho, concluímos que ela nunca ocupou o lugar prioritário nos interesses do Estado, e nas agendas políticas não conseguiu cativar o comprometimento dos partidos nem de direita e nem de esquerda.

Nosso objetivo em trazer essa discussão para este trabalho foi justamente chamar a atenção para esse assunto que é vital e inerente para a vida de todos, e condição *sine qua non* para desenvolvimento de qualquer outra atividade diária. E que ainda assim, tem sido banalizado em favor de outros interesses - talvez necessários - mas não essenciais quanto.

Por isso, esgotar esse debate nunca foi proposta ou ambição deste trabalho. Pelo contrário. Ele vem justamente fomentar essa discussão, e reafirmar a necessidade desse tema, considerando todos os retrocessos, arbitrariedade e negação de direitos que temos nos deparado na atual conjuntura política do país.

O país foi atravessado por um golpe de Estado, e já foi dada a largada para o processo de desmonte da seguridade social e do SUS, num processo escancarado de mercantilização e privatização. Trazendo a urgência do fortalecimento dos equipamentos de controle social democrático enquanto barreira de resistência a todas as propostas reacionárias que vem sendo impostas a Saúde e as políticas públicas no Brasil.

Logo, não se pode permitir que a democracia e todos os direitos conseguidos sob o suor e sangue de centenas de brasileiros sejam entregues em bandeira de ouro ao altar do capital para ser sacrificada em favor da “preservação da economia brasileira”. (PMDB, 2015, p.01) Onde pretende-se retomar as práticas excludentes de outrora, em proveito da construção de uma “ponte” para o desenvolvimento econômico futuro destinado apenas a uma minoria elitizada.

Vimos que as políticas públicas no Brasil foram construídas subordinada prioritariamente aos interesses econômicos e políticos, preconizados no ideário de um Estado capitalista – patrimonialista – clientelista. Interesses estes que abriram um caminho auspicioso para o setor privado se expandir tanto no campo da saúde, quanto por dentro do SUS.

Promovendo um subfinanciamento consentido e perpetuado por sucessivos e distintos governos.

Que seguindo a lógica neoliberal e o receituário do Banco Mundial, se eximiram da responsabilidade de garantir saúde, considerando todos os determinantes que a noção de direito concedida na Constituição, ofertando em seu lugar uma cesta cada dia mais básica de assistência médica paliativa, comumente denominado por alguns autores como serviços de um SUS pobre para pobres.

Viabilizando assim a propaganda negativa difundida pelo capital – e que lhe é bastante cômoda – de que os problemas enfrentados nos interiores de hospitais e equipamentos públicos do SUS só poderão ser solucionados mediante a transferência de sua gestão para o setor privado, apontados como mais eficientes e preparados para o cargo se comparado ao Estado. Assim vão se parcelando generosas fatias do SUS para OSs, EBSEHs, e PPPs, e, no entanto, os problemas apontados como causa da adesão desses novos modelos tornam-se consequências ainda piores e mais intensificados.

O que só reafirma a necessidade de trazer esse debate mostrando os perigos desses novos modelos de gestão para a saúde pública, e como eles tem cooperados para o desmonte do Sistema Único. E como servem exatamente para favorecer e facilitar a expansão de planos e seguros de saúde, retomando a duplicidade nos atendimentos de outrora. Onde duas portas simbólicas passam a caracterizar o acesso aos serviços de saúde: uma para aqueles detentores de planos privados, e outra para atender os que não podem pagar por eles. Ambas sem atender as reais necessidades dos usuários que transcende a relação saúde-doença incorporadas nesses novos modos de prestar assistência puramente médica.

E do quão relevante é, nessas condições, ter o respaldo constitucional da saúde enquanto um direito gratuito, universal e equânime, e que deve ser garantido pelo Estado. A despeito do seu intuito de nos fazer acessá-la enquanto um favor. Por isso ressalta-se aqui a importância do conhecimento como agente propulsor de empoderamento da população usuária, para que sejam capazes de atuar como protagonista de ações transformadoras na implementação do Sistema, evitando assim que essa possa tomar caminhos outros que não o traçado pelos sanitaristas em seu modelo original: um SUS universal, sem critérios de discriminação econômica. O maior projeto de saúde criado a partir de um movimento organizado da sociedade civil.

Dado o exposto, consideramos imprescindível a superação de alguns pontos de entraves que foram visualizados na implementação do Sistema Único de Saúde. O primeiro diz respeito as brechas legais que são utilizadas pelos governantes para favorecer a entrada de iniciativa privada e a mercantilização dos serviços públicos de Saúde, e que devem ser fechadas. Bem como a correção do maior dilema enfrentado pelo SUS: a complementariedade do setor privado. Que na realidade acaba acontecendo às avessas.

Outro ponto de extrema urgência que deve ser reparado é o financiamento que não se adequam as reais necessidades do SUS, e conseqüentemente, não comporta toda a demanda de um sistema de caráter universal. E nisso retificar todos os impasses de cunho político que atravessam esse financiamento e que favorecem barganhas eleitorais. É preciso retirar o patrocínio das empresas de planos privados de saúde nas campanhas de políticos, e seu apadrinhamento. Sensibilizá-los na defesa do SUS e priorizar a saúde pública em suas propostas de governo, é um desafio a ser alcançado

Também é preciso retirar a rotulagem inapropriada que tem sido posta ao SUS pela mídia, e creditada por profissionais da área e população usuária. O SUS é um sistema completo que abarca uma gama imensa de serviços. E deve ser conhecido e respeitado como tal. Os impasses encontrados são decorrentes de uma implementação tortuosa que em nada segue o seu projeto original.

Outro ponto a ser considerado é a necessidade de uma reforma curricular das grades dos cursos de saúde nas universidades públicas, que seja condizente as especificidades de saúde do nosso país e comprometidos com os princípios do SUS. Assim, o primeiro passo dado nessa direção deve ser a retirada das EBSERHs na gestão dos Hospitais Universitários. Como bem defende a FNCPS “saúde e educação não são mercadorias”, e como tal não devem ser transformados em atividades econômicas ao bel-prazer do capital e da iniciativa privada.

E já que falamos em associação de atendimento condizente as especificidades de saúde no país, queríamos aproveitar a deixa para provocar estudantes e profissionais de Serviço Social na produção de material que tragam esse tema para o cerne do debate. Uma vez que parte da demanda que se impõe no fazer de nossa profissão no campo da saúde diz respeito a essa aproximação das atividades realizadas nessas Unidades com a realidade social a que está inserida e a democratização do acesso da população a elas. Também como forte instrumento viabilizador na garantia dos direitos, torna-se peça chave na luta em defesa da saúde e do SUS.

Em virtude dos fatos mencionados, caberia aqui aplaudirmos a iniciativa da Frente Nacional Contra a Privatização, enquanto mecanismo atuante na defesa intransigente da saúde, democracia, e da revitalização do Movimento pela Reforma sanitária enquanto projeto civilizatório que abarca uma totalidade de mudanças. E seu esforço em agregar movimentos sociais e diversas entidades representativas nessa luta.

E finalizando, deixo a frase que tem sido lema da Frente Nacional Contra a Privatização, e que futuramente, esperamos ver ecoar pelos quatros cantos do nosso País: “o SUS é nosso, ninguém tira da gente, direito garantido não se compra e não se vende”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE M et al. 1991. **A ciência a caminho da roça**. Imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil (1903-1911). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz.

ALMEIDA, C et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Disponível em: http://www.escolamedicas.com.br/art_det.php?cod=222. Acesso em: 11/06/2016.

ARANHA, Márcio Irio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 2 - Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde.

ARRETCHE, Marta. A política de Saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. A reforma sanitária brasileira. Tema/Radis, n. 11, p. 2–4, nov. 1988.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Democracia é saúde**. In: Conferência Nacional De Saúde, 8., 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35–42.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Introdução à crítica do setor saúde. Revista Nêmeses, n. 1, p. 17–24, 1975.

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. **A construção do SUS na Bahia**: uma história da sua implementação – 1986 a 2006. Tese de Doutorado. Salvador, 2013.

ÁVILA apud Sindimed. Frente em defesa do SUS se consolida na Bahia. Revista Luta Médica, Ano VII, nº 23, p.30 e 31, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.

_____. Lei 8142/1990, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 de junho de 2016.

_____. Portaria 545, de 20 de maio de 1993. **Norma Operacional 01/93**. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 22 de Junho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde** – NOB de 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#9>>. Acessado em: 22 de Junho de 2016.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Convênio do poder público com organizações sociais**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678> Acesso em: 02/08/2016.

BRAVO, M. I. S. et al (Orgs). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. Serv. Soc. Soc. [online]. 2011, n.105, pp.185-187. ISSN 0101-6628. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000100012>.

BRAVO et al (orgs). Política de saúde na atual conjuntura: Modelos de gestão e agenda para a saúde. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007

BRAVO, Maria Inês Souza, Menezes Juliana Souza Bravo de. (Orgs). Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011

BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES Juliana Souza Bravo de. A saúde no governo do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014

BRAVO, Maria Inês Souza. A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015

BOTH, Valdevir; KUJAWA, Henrique A. O Brasil e a garantia do Direito Humano à saúde. In MOSER, Claudio; RECH, Daniel (orgs). **Direitos Humanos no Brasil**: Diagnóstico e perspectivas. Mauad, Rio de Janeiro, 2003.

BUSS, P. M., and LABRA, M. E., (Orgs.). **Sistemas de saúde**: continuidades e mudanças [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p.

CANCIAN, Renato. **Estado do bem-estar social**: história e crise do Welfare State. 2007. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/estado-do-bem-estar-social-historia-e-crise-do-welfare-state.htm>. Acesso em: 11 de junho de 2016.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. Estud. av. [online]. 2013, vol.27, n.78, pp.7-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

CARVALHO, José Murilo de. Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual. Dados vol. 40 no. 2 Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200003 acesso em: 22 de agosto de 2016.

COHN, Amélia. ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 6.ed. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2005.

CUNHA, Elenice Machado da. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal**: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 144 p.

DANTAS, A.V. Do Socialismo a Democracia: dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma sanitária. 2014.

DURIGUETTO, M. L. Democracia: apontamentos do debate liberal e marxista. Emancipação, Ponta Grossa, 11(2): 289-300, 2011. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao> Acesso em: 04/08/2016.

ELIAS, P. E. **A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo)liberal**: anotações para o debate. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 289-292, 2005.

SCOREL, S. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 1998. p. 175-206.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

FAGNANI, E. (1997) Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92 In.: FALEIROS, Vicente de Paula et al. (Org.). **A Construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Brasil. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde, 2006. Série I. História da Saúde no Brasil.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. 14ª Conferência Nacional de Saúde: Vitória contra a privatização do SUS. Nota Política. Caderno especial: AduFRJ. 2011. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/> Acesso em 02/08/2016.

_____. Nota Política: "O ilegítimo governo Temer e os ataques ao Sistema Único de Saúde". 2016. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2016/08/1049.html>
Acesso em: 06/08/2016.

_____. Nota da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde à 15ª Conferência Nacional de Saúde. 2015. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2015/06/0998.html>
Acesso em 03/08/2016

GALVÃO, Alexandre. Contratos irregulares da Sesab somam R\$ 1 bilhão, aponta MP-BA. Boca News, 2016. Disponível em:
<http://www.bocaonews.com.br/noticias/politica/politica/148496,contratos-irregulares-da-sesab-somam-r-1-bilhao-aponta-mp-ba.html> Acesso em: 17/07/2016.

GUIMARÃES, Cátia. Debatedores analisam o cenário de desmonte de direitos e as formas de lutas que se organizam no México, na Colômbia e no Brasil. EPSJV/Fiocruz. 2015.
Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/privatizacao-contexto-e-caminhos-de-resistencia> Acesso em: 04/08/2016

KLEBA, M.E; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo, in: LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**, p. 151-178. São Paulo: Cortez, 1995. 244p.

LIMA, J. C. F. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: Carlos Fidelis; Ialê Falleiros. (Org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV, 2010, v., p. 279-310.

LIMA, Nísia Trindade and HOCHMAN, Gilberto. **Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são...** Discurso médico-sanitário e interpretação do país. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.313-332. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200007>. Acesso em 25 de maio de 2016.

LIMA, J. de C. et al. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 62-70, 2002.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In LIMA, Nísia Trindade (org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005

LIMA & PUCÚ (1981) in MOSER, Claudio; RECH, Daniel (orgs). Direitos Humanos no Brasil: Diagnóstico e perspectivas. Mauad, Rio de Janeiro, 2003.

LUCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MAGALHÃES, Francisco. Sistema Único sob ataque. *Luta Médica*, Bahia. nº32, Ano: 2012. P.22- 28.

MAGALHÃES, Francisco. Hospital Dantas Bião merece mais atenção do governo do estado. *Alagoinhas Hoje*. Alagoinha, 2016. Disponível em: <http://www.alagoinhasoje.com/hospital-dantas-biao-merece-mais-atencao-do-governo-do-estado-afirma-presidente-do-sindicato-dos-medicos-exclusiva/> acesso em:17/07/2016.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D; LAURENTI, R. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.p. 27.

MENDES, A. Saúde no Vermelho. *REVISTA DO IDEC*. Abril 2015 Disponível em: http://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/04/Entrevista_Aquilas_Mendes_Idec.pdf Acesso em: 15/07/2016.

MENDES, A. LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.2, p.393-402, 2015.

MENICUCCI, T.M.G. Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

NEGRI, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990:avanços e limites. In: NEGRI, B.; D'ÁVILA, A.L. (Org.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002. p.15-42.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, p. 77-87, 2002. Suplemento.

NORONHA, J.C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

PAIM, J. S. A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 39-44, 1988.

_____. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*.6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.p 587-603.

_____. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, 2004.p.15-44.

_____. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis [online]*. 2008, vol.18, n.4, pp.625-644. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>. Acesso em: 10 de Junho de 2016.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009

_____. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148p.

_____. No horizonte, e na luta. Saúde Amanhã, Fiocruz, 2016. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/no-horizonte-luta> Acesso em 15/07/16.

PALERMO, Fernanda Kellner De Oliveira. Prestação de assistência à saúde por meio de PPPs. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 20, n. 4352, 1 jun. 2015. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/39658>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

PENNA B & NEIVA A 1916. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 8, n. 30:74-224.

PMDB. Uma ponte para o futuro. Fundação Ulysses Guimarães. Brasília, 2015. 19P. Disponível em: http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf Acesso em: 03/08/2016.

REIS, DENISE OLIVEIRA.; ARAÚJO, ELIANE CARDOSO DE.; CECÍLIO, LUIS CARLOS DE OLIVEIRA. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela vida. Especialização em Saúde da Família. São Paulo: UNIFESP. Disponível em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf Acesso em: 11 de Junho de 2016.

REMOR, Lourdes de Costa. Controle, avaliação e auditoria do sistema único de saúde. Atividades de regulação e fiscalização. Florianópolis: Papa-livro, 2003.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs.). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2008

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

SCHEFFER, Mário. ANS foi capturada pelos planos privados de saúde; SUS é que sai perdendo. Cebes, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/05/ans-foi-capturada-pelos-planos-privados-de-saude-sus-e-que-sai-perdendo-veja-a-entrevista-com-mario-sheffer/> Acesso em: 03/08/2016.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. Relatório de Pesquisa, 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/03/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015.pdf> Acesso em: 12/07/16

SILVA, Ricardo da. Malária E Desenvolvimento: A Saúde Pública No Governo JK (1956-1961). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Odorico Monteiro de. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, L. A PEC 451 em colisão com o Direito à Saúde e os princípios balisares do SUS. ABRASCO, 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2015/03/a-pec-451-em-colisao-com-o-direito-a-saude-e-os-principios-balisares-do-sus/> Acesso em: 15/07/16

SPOSATI, A. & LOBO, E. Social O controle sobre políticas de saúde. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992.

STOTZ, E.N. Movimentos Sociais e Saúde: notas para uma discussão. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. N.10 (2), p 264 – 268, abr/jun 1994.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. O culpado é o mordomo? Constrangimentos outros (que não os do modelo econômico) à seguridade social. In: Lobato L., Fleury S., organizadores. Seguridade Social, Cidadania e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 66-83.

ZIMMERMANN, C. R.; ANDRADE, Fabrício Fontes de. **Sistemas de Proteção Social e o Suas**: análise de um sistema em construção. Emancipação (UEPG), v. v.8, p. 65/5-78, 2008.