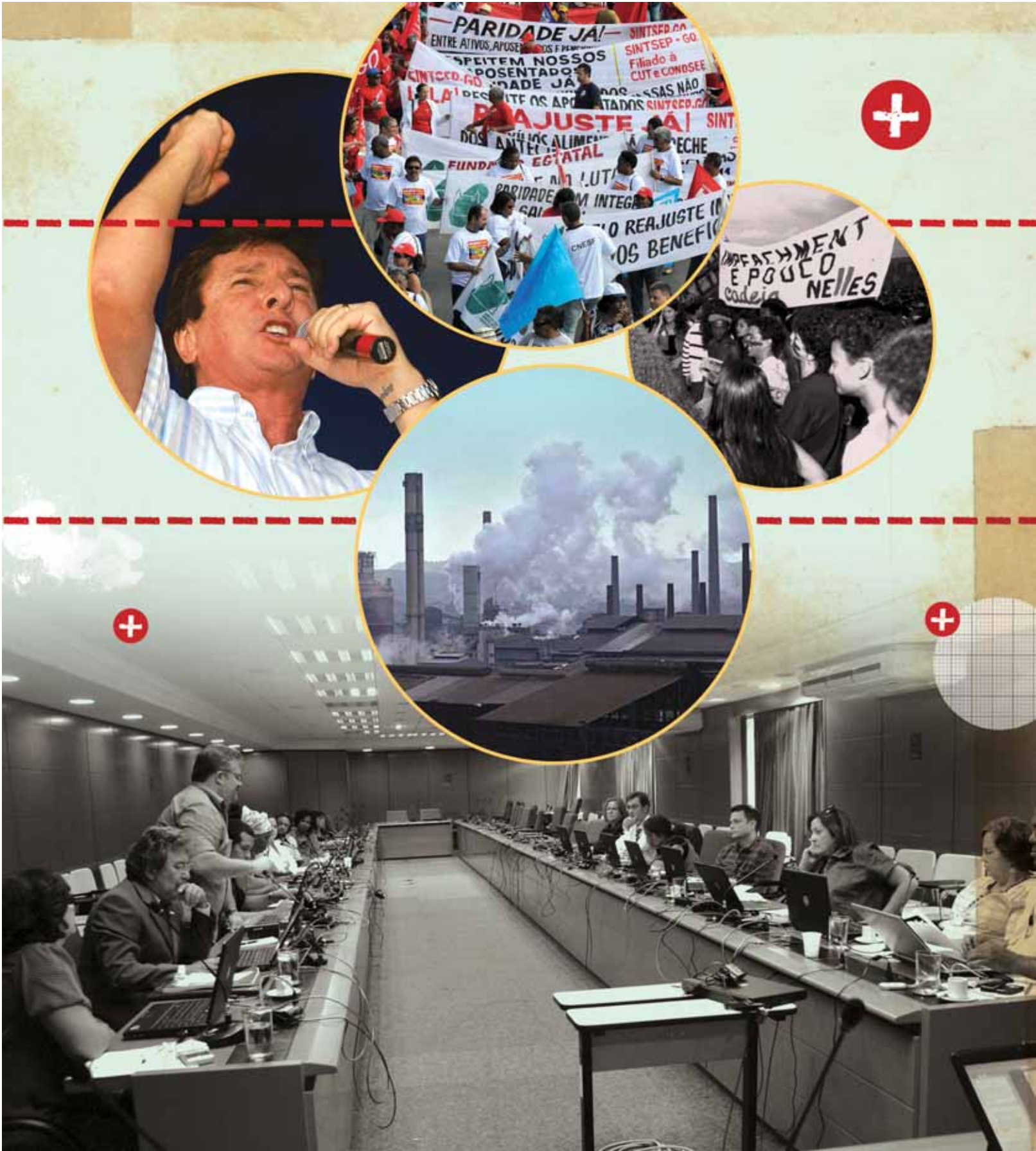


9

A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?

JÚLIO CÉSAR FRANÇA LIMA



Desmontagem da seguridade social e recomposição das relações público-privadas de atenção à saúde

“Traidor da Constituição é traidor da Pátria! Conhecemos o caminho maldito: rasgar a Constituição, trancar as portas do parlamento, garrotear a liberdade, mandar os patriotas para a cadeia, o exílio e o cemitério.

Quando, após tantos anos de lutas e sacrifícios, promulgamos o estatuto do homem, da liberdade e da democracia, bradamos por imposição de sua honra, temos ódio à ditadura! Ódio e nojo! Amaldiçoamos a tirania, onde quer que ela desgrace homens e nações...”

Ulysses Guimarães, 5 de outubro de 1988

“A década de 80 é importante ser pensada como um divisor de águas. Voltar a ela é voltar ao novo. Ser conivente e ser adesivo ao que implantou a década de 90 é o velhíssimo. É o mais velho porque é o hiperindividualismo do início do capitalismo selvagem em tempos do século XXI. [...] Os circuitos da história estão por ser abertos.”

Gaudêncio Frigotto, 16 de junho de 2010

A organização do Sistema Único de Saúde como política nacional de saúde após árdua negociação pode ser considerada consequência das profundas mudanças que marcaram a sociedade brasileira nos últimos vinte anos, sobretudo das disputas políticas entre os defensores de um Sistema Único de Saúde público, universal e participativo, e grupos identificados com interesses privados e corporativos.

A década de 1990, no Brasil, caminha no sentido de um amplo consenso neoliberal, favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, assim como de suas diretrizes de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa. Trata-se de um processo concomitante ao avanço da globalização e da mudança do padrão de acumulação capitalista, que desde os anos 1980 passa a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira (Chesnais, 1996). A globalização neoliberal se caracteriza pela violenta reconcentração de capital mediante a privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e subsídios ao capital, levando o sistema

financeiro a ocupar um lugar hegemônico no processo de acumulação. Do ponto de vista social, assiste-se à privatização do financiamento e da produção dos serviços, à precarização das políticas públicas, com o corte dos gastos sociais, à concentração dos investimentos nos grupos mais carentes e à descentralização para o nível local. Essas mudanças se fizeram paulatinamente e interferiram nos rumos do Sistema Único de Saúde.

Após o governo Collor (março de 1990 a dezembro de 1992), a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990), de natureza abrangente e progressista, no início dos anos 1990, só foi possível porque o Congresso Nacional tinha a mesma composição da Assembleia Nacional Constituinte (Rodríguez Neto, 2003). Entretanto, a despeito da Lei Magna e das Leis Orgânicas da Saúde, a restrição orçamentária a que foi submetido o gasto social nega base fiscal à seguridade social, política mais ampla na qual a área da saúde foi incorporada pela Constituição Federal. O debate sobre o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde está vinculado à desconstrução do conceito de seguridade social, que começa a se operar naquele momento, e à lógica de acumulação de capital baseada na reprodução ampliada do capital fictício, que se implantou de maneira definitiva com o governo Fernando Henrique Cardoso.

"Unemployed"
(desempregado), aquarela
do pintor alemão Georg
Groz, 1934. A globalização
neoliberal trouxe consigo
o aumento do desemprego
e a desregulamentação do
mercado de trabalho

Disponível em <http://ruadopatrocínio.wordpress.com/2009/07/page/3/>



Werneck Vianna (2005), tomando o ano de 2002 como base de cálculo, demonstra que a seguridade social, tal como foi constitucionalmente pensada, não é deficitária, apesar dos insistentes apelos dos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva quanto à sua inviabilidade, particularmente no que diz respeito aos gastos com a previdência social. Por meio de um exercício virtual, feito a partir dos montantes de arrecadação das receitas previstas para o sistema, estabelecidas na Constituição Federal, e considerando as despesas realizadas, Vianna diz que o total arrecadado em 2002, se fosse rigorosamente aplicado, o que nunca aconteceu, cobriria com folga os gastos de seguridade, mesmo incluindo-se no cálculo os gastos específicos da área da saúde. Nessa perspectiva, pode-se dizer que o *deficit* previdenciário e o desfinanciamento da saúde foram construídos em nome do *superavit* primário, como forma de submeter o orçamento da seguridade social à lógica da financeirização do orçamento público.

O golpe mortal, porém, veio em 1993, no governo Itamar Franco, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o apoio do então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, retirou a participação da contribuição previdenciária da base de cálculo do financiamento do Sistema Único de Saúde, em decorrência do aumento do desemprego e da consequente redução das contribuições compulsórias, para fazer frente às despesas previdenciárias. Isso diminuiu, substantivamente, os recursos destinados ao pagamento dos procedimentos realizados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica

9

Concentração em Brasília exige mais verbas e fim do boicote ao SUS

No dia seguinte, os secretários municipais reuniram-se no Auditório Petrônio Portela para discutir e aprovar o manifesto "Saúde em Estado de Alerta - Cidadania Ameaçada". A reunião, que recebeu mensagens de apoio de governadores de estado, contou com a participação de vários prefeitos, representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e da Conam. Também estiveram presentes parlamentares de diversos partidos políticos, como os deputados Sérgio Arouca (PPS-RJ), Vivaldo Barbosa (PDT-RJ), Jandira Feghali (PC do B-RJ), Lair Rosado (PMDB-RN), Eduardo Jorge e Aloísio Mercadante (PT-SP) e o Presidente Nacional do Partido dos Trabalhadores, Luís Ignácio Lula da Silva.

Na maioria dos discursos ficou patente a relação entre a falta de recursos para a saúde e os avanços conquistados na Constituição de 1988, com o reconhecimento oficial da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Segundo os participantes dos debates, os avanços contidos na Carta feriram interesses econômicos, corporativos e ideológicos, desencadeando a reação dos inimigos da saúde e do bem estar da população. Para eles, esta situação foi sendo agravada pela crescente redução dos recursos alocados no setor em termos reais, independentemente do comportamento real das receitas públicas.

O Presidente do Conasems, Raimundo Bezerra, discursa durante a manifestação em frente ao Congresso Nacional.

A proposta contida no Orçamento da União para a saúde - de US\$ 9 bilhões - não garante sequer o pagamento de internações e atendimentos ambulatoriais. Além disso, ela imobiliza o setor, pois inviabiliza a execução descentralizada de programas como a interiorização do SUS, a nova política de medicamentos e a auto-suficiência em sangue, hemoderivados e imunobiológicos.

Diante disso, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), realizou entre os dias 8 e 9 de março, em Brasília, uma concentração nacional em defesa do SUS. Com a presença de mais de 500 pessoas, a manifestação contou com cerca de 200 secretários estaduais e municipais de saúde, prefeitos de várias regiões, parlamentares de diferentes partidos, representantes de associações de moradores e caravanas de usuários de vários municípios.

Com faixas e cartazes exigindo mais verbas e denunciando o **estado de calamidade pública** em que se encontra o setor, os manifestantes se concentraram em frente ao Ministério da Saúde e, em seguida, realizaram uma passeata até o Congresso Nacional, onde discursaram o Presidente do Conasems, Raimundo Bezerra; representantes da Frente Nacional de Prefeitos, Rafael Greca (Prefeito de Curitiba) e da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), Mário Barcelar. Todos os oradores reivindicaram que o Orçamento da União mantenha para o setor os US\$ 14 bilhões anteriormente previstos, considerando este montante indispensável à manutenção do nível mínimo necessário de ações de proteção, promoção e assistência à saúde em todo o País.

As atividades da concentração nacional em defesa do SUS começaram no dia 8, na sede do Conasems, com uma reunião do seu Conselho Deliberativo, cuja abertura contou com a presença do Ministro da Saúde, Henrique Santillo.

Manifestação realizada durante o governo Itamar Franco em protesto contra o corte de verbas para a saúde

Jornal do Radis, nº 35, abr. 1994, p. 4
Acervo Programa Radis/Fiocruz

As políticas de ajuste preconizadas pelo FMI e pelo Banco Mundial reduziram consideravelmente os investimentos sociais nos países em desenvolvimento durante os anos 1990

Charge: Jeréz GUERRERO, Aristides Esteban Hernández. *Ande el sur: caricaturas*. Havana: Pablo de la Torriente Editorial, 2005, p. 6

Capa de *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. O documento referendou propostas do Conselho Nacional de Saúde visando à efetiva implantação do SUS e à defesa dos preceitos constitucionais que presidiram a criação do sistema

Acervo Ministério da Saúde





da Previdência Social, desde 1990 sob a administração do Ministério da Saúde. Além disso, a Secretaria da Receita Federal também não repassa recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), em razão da redução da disponibilidade geral de recursos orçamentários e dos compromissos assumidos com o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial em termos de ajuste fiscal e contenção de gastos na área social.

Daí em diante, o que se verifica é a diminuição/contingenciamento e a utilização dos recursos da seguridade – especificamente da área de saúde – para outros fins. Ao mesmo tempo, passa a ocorrer o que Paim (2008, p. 184) chama de “sanitarismo de resultados”, isto é, a ênfase em políticas governamentais “capazes de oferecer, num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, (...) uma medicina simplificada para pobres e ‘descamisados’, excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto”. O autor se refere aqui às ações diretas do Ministério da Saúde após a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, e do Programa de Saúde da Família, em 1994, ao qual o primeiro seria incorporado mais tarde.

Essa conjuntura absolutamente desfavorável para a implementação da reforma setorial, particularmente no que diz respeito ao financiamento do Sistema Único de Saúde, foi marcada por movimentos de oposição e resistência, como a reação do Conselho Nacional de Saúde expressa no documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (Brasil, 1993). Da mesma forma, Rizzotto (2000) enumera as críticas de alguns setores do Ministério da Saúde ao documento do Banco Mundial que abordava, especificamente, o Sistema Único de Saúde, intitulado *The organization, delivery and financing of health care in Brazil: agenda for the 90s* (Organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90), divulgado em 1993, não por coincidência num momento de revisão constitucional, com propostas que só seriam contempladas, embora não em sua totalidade, nas reformas promovidas pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

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.

Com base na análise das diversas políticas governamentais de apoio à privatização, dirigidas tanto aos hospitais filantrópicos e privados como ao segmento das empresas médicas de planos e seguros de saúde, Bahia (2005, 2008) rejeita a tese de autonomia do privado (ou do mercado) em relação ao público, apresentada por diversos autores.

A interpretação do fim do convênio-empresa da Previdência Social como encerramento das relações entre o público e o privado no mercado de planos e seguros de saúde emprestou um tom sofisticado à tese do divórcio entre a tecnoburocracia estatal e os setores empresariais (empresários do setor produtivo e empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde). Seria como se, após a devolução das alianças (dos anéis “burocráticos”), o privado, no contexto da libertação das forças vivas do mercado, instado a caminhar com as próprias pernas, cresceu. Ou em termos mais prosaicos (...): a demanda ascendente (conformada por setores insatisfeitos com as restrições do SUS) deslanchou as relações ‘puras’ de compra e venda de planos privados de saúde (Bahia, 2008, p. 156).

Para essa autora, ao contrário da tese de autonomia, praticamente inexistem relações “puras”, tanto do ponto de vista dos planos privados de saúde como da rede assistencial do Sistema Único de Saúde. No primeiro caso, na medida em que o Estado exerce um protagonismo importante para assegurar o funcionamento desse mercado de saúde, por meio de incentivos governamentais que subsidiam as empresas de planos e seguros de saúde; no segundo, porque existem estabelecimentos públicos que possuem vínculos com empresas privadas de planos e seguros de saúde, e por não haver, necessariamente, uma relação entre a natureza pública ou privada do estabelecimento e a existência de serviços “próprios”, característica que se aprofundou na segunda metade dos anos 1990.

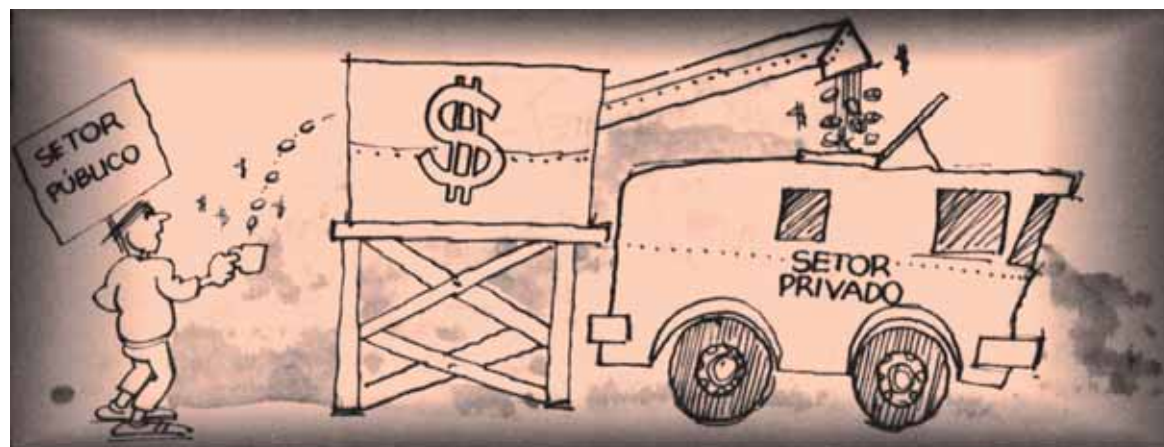
Da mesma forma, Bahia (2005, 2008) rejeita a ideia de “universalização excludente” tão em voga a partir de 1990. Isso porque, na prática, os planos privados de saúde, além de não prescindirem dos subsídios governamentais, não abrem mão do uso comum de parte da oferta de recursos físicos e equipamentos públicos. Para a autora, não existe uma oposição entre ser portador de plano ou seguro privado e fazer uso do Sistema Único de Saúde.

Radis, ago. 1987

Acervo Programa Radis/
Fiocruz

Charge de Carlos Xavier
(Caco) alusiva à
diminuição de recursos
para o SUS

Súmula, n. 50, mar. 1995, p. 5
Acervo Programa Radis/
Fiocruz



É a partir desse quadro de asfixia financeira e desmonte do SUS, estimulado pelo Estado, que se pode entender, por exemplo, a criação da Frente Parlamentar da Saúde, em 1993. Reunindo diversos interesses, a constituição dessa frente suprapartidária no Congresso Nacional parece ser determinada pela discussão, travada naquele momento, sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, pelo risco de desconstitucionalização do Sistema Único de Saúde com a instalação do Congresso Revisor em 1993, mas, principalmente, pela importante asfixia financeira a que o sistema estava sendo submetido. Se por um lado essa situação precarizava os serviços públicos de saúde e impedia a ampliação da capacidade pública instalada, por outro colocava em risco a sobrevivência das próprias instituições privadas, particularmente os hospitais de pequeno e médio portes e o setor filantrópico, dependentes dos recursos públicos, em virtude da degradação dos valores de pagamento dos serviços.

A discussão sobre o financiamento, a criação de fontes de receita e a manutenção do orçamento público para o Sistema Único de Saúde constituíram a base para a organização da Frente Parlamentar de Saúde, compondo uma rede de interesses e negociações no próprio Estado e no âmbito do Poder Legislativo, com crescente poder de pressão. A partir de 1993, a Frente passou a apoiar a tramitação da proposta de emenda constitucional 169, atual emenda constitucional 29, que estabelece, na Constituição Federal, recursos definidos e permanentes para a saúde. Por outro lado, a atuação da Frente Parlamentar expressa uma contradição, no que se refere à intenção do movimento da reforma sanitária de implementar uma mudança no modelo médico-assistencial centrado no hospital, objetivo materializado na extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social em 1993, na medida em que o Ministério da Saúde se tornou o grande comprador de serviços médicos do setor privado, na antiga forma de

pagamento por produção, ainda vigente. Para Paim (2008, p. 198), a reestruturação do ministério, com a criação da Secretaria de Assistência à Saúde – denominada, posteriormente, Secretaria de Atenção à Saúde –, que assumiu as atribuições do Inamps, demonstra “a persistência desse ‘morto vivo’ na conformação dos modelos assistenciais do SUS” nos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva.

Outro movimento que se observa no período é a (re)organização política dos prestadores privados de saúde no país. Em 1994, foi criada a Confederação Nacional de Saúde, uma entidade sindical de terceiro grau que reúne todos os hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia (lucrativos e filantrópicos), e operadoras de planos de saúde. Embora tardia, se comparada a suas congêneres,¹ sua criação representa a convergência de interesses tecida nesse período entre prestadores privados, empresas médicas e seguradoras contra uma possível “estatização progressiva” da área de saúde e em prol da manutenção da “saúde financeira” das empresas. Mais especificamente, a Confederação Nacional de Saúde representa o esforço dos grupos privados de superar antigas disputas de interesses que marcaram a trajetória de entidades como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, a Federação Brasileira de Hospitais e as cooperativas médicas.

ORÇAMENTO VERBA PARA O SUS É INSUFICIENTE



A "hegemonia do privado" foi uma tendência que se observou em vários setores da economia e da sociedade brasileira durante os anos do neoliberalismo; na saúde, significou a adoção de políticas oficiais em apoio ao mercado de planos e seguros de saúde e à expansão da rede de hospitais particulares e filantrópicos

Charge: Ares GUERRERO, Aristides Esteban Hernández. *Ande el sur: caricaturas.* Havana: Pablo de la Torriente Editorial, 2005, p. 30

Cartaz de divulgação do movimento pela regulamentação da emenda constitucional 29. A emenda estabeleceu a destinação obrigatória, pelos três níveis de governo, de valores percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde

Disponível em http://www.apm.org.br/aberto/noticias_conteudo.aspx?id=5337

Cartum de Carlos Xavier (Caco) sobre o fim do Inamps. Criado durante o regime militar em 1974, o Inamps tinha por finalidade a assistência médica dos trabalhadores que contribuíam para a previdência social, ou seja, todos aqueles que estavam submetidos ao regime da CLT. Ficavam de fora os indigentes e as pessoas sem carteira assinada, que buscavam atendimento em instituições filantrópicas ou em unidades administradas pelo Ministério da Saúde. O fechamento do órgão foi uma das principais bandeiras do movimento da reforma sanitária, que lutava pela criação de um sistema unificado de saúde pública no país. Em julho de 1993, depois de um longo processo de esvaziamento de suas funções, o Inamps foi oficialmente extinto, passando suas atribuições a ser geridas pelo SUS

Proposta - *Jornal da Reforma Sanitária*, n. 32, maio 1993, p. 2
Acervo Programa Radis/ Fiocruz



Anos 1990: neoliberalismo de terceira via na reforma do Estado e na reforma setorial da saúde

O período 1990-1994 foi marcado por tensão política e pela crise do modelo desenvolvimentista e da hegemonia burguesa no país. O governo Collor (1990-1992) não foi capaz de preparar o país para desempenhar o papel de economia financeira emergente. Nesse sentido, concomitantemente à crise política e econômica do início dos anos 90, cujo ápice foi o processo de *impeachment* de Fernando Collor, os hospitais filantrópico-privados e privado-privados e, principalmente, as empresas médicas de planos e seguros de saúde avançaram na reestruturação e diversificação de suas atividades, acompanhando o movimento mais amplo do setor industrial em resposta à abertura do mercado e ao aumento da concorrência internacional.

As mudanças de peso começaram a ocorrer no governo Itamar Franco (1992-1994), sob o comando do então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso. Entre as primeiras medidas tomadas estão a desregulamentação do mercado financeiro, a abertura do fluxo internacional de capitais e o lançamento de títulos da dívida brasileira no exterior, atribuindo ao país o papel de emissor de capital fictício (Paulani, 2006).

Do ponto de vista econômico, mais que um plano de estabilização, o Plano Real consolidou a inserção do Brasil no circuito internacional de valorização financeira, ao permitir a atração de capitais externos de curto prazo com o controle do processo inflacionário, além de abrir espaço para aprofundar medidas anteriores, como a abertura econômica e financeira e a privatização de empresas e serviços públicos. Com o Plano Real, Fernando Henrique Cardoso passou a conduzir a coalizão de poder capaz de superar a crise de hegemonia no país, por meio da adoção do programa de estabilização do Fundo Monetário Internacional e das reformas preconizadas pelo Banco Mundial.

Seus dois mandatos (1995-1998 e 1999-2002) foram marcados, principalmente, pela sobrevalorização da moeda, elevação inédita da taxa de juros, redução dos gastos públicos na área social, dependência científica e tecnológica e reforma da aparelhagem estatal. O governo Fernando Henrique Cardoso reuniu as forças internas defensoras do projeto neoliberal (Coutinho, 2006), ao mesmo tempo em que incorporou os postulados da Terceira Via,² recém-adotados nos países europeus da social-democracia. Afirmando-se para além da esquerda (ou *welfare state*) e da direita (ou neoliberalismo ortodoxo), a Terceira Via, sistematizada por Anthony Giddens, tem como proposta central “radicalizar a democracia” por meio da construção de uma sociedade civil “ativa” (parceira do Estado na execução das políticas sociais) e da concertação social (colaboração entre os diferentes grupos sociais em

Fernando Collor de Mello foi o primeiro presidente eleito por voto direto após o fim do regime militar, em dezembro de 1989. Seu governo foi marcado pela abertura da economia às importações, pelo início do processo de privatização das empresas estatais e pela adoção de um polêmico programa de estabilização econômica destinado ao controle da inflação. Collor renunciou ao cargo em dezembro de 1992, após ter seu nome envolvido em denúncias de corrupção que resultaram na abertura de um processo de *impeachment* no Congresso Nacional. Com os direitos políticos cassados por oito anos, foi sucedido na presidência por seu vice Itamar Franco

Foto: Valter Campanato
Acervo Agência Brasil
Disponível em <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Fernandocollor2006.jpg>



Manifestação pelo *impeachment* de Fernando Collor em Brasília. O movimento contou com uma intensa participação de jovens e estudantes, que criaram uma irreverente forma de protesto: os rostos pintados com as cores verde e amarelo, forma de expressão que tomou conta dos comícios e passeatas por todo o país

Acervo Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Livro do sociólogo britânico Anthony Giddens contendo as propostas da Terceira Via para a modernização da social-democracia contemporânea

Acervo particular

Lançado em fevereiro de 1994, o Plano Real garantiu a estabilização dos preços e foi fundamental para a eleição de Fernando Henrique Cardoso à presidência da República em sucessão a Itamar Franco. Além de debelar a inflação, o plano ajudou a consolidar o processo de reestruturação da economia brasileira com base na agenda neoliberal

Disponível em <http://www.nublog.com.br/index.php?data=2009-03-01%2000:00:00>

O primeiro-ministro do Reino Unido, Tony Blair, durante reunião do Fórum Econômico Mundial, em Davos, Suíça, em 2005. Blair chefiou o governo britânico por dez anos, de maio de 1997 a junho de 2007, e em sua administração buscou pôr em prática a agenda da Terceira Via

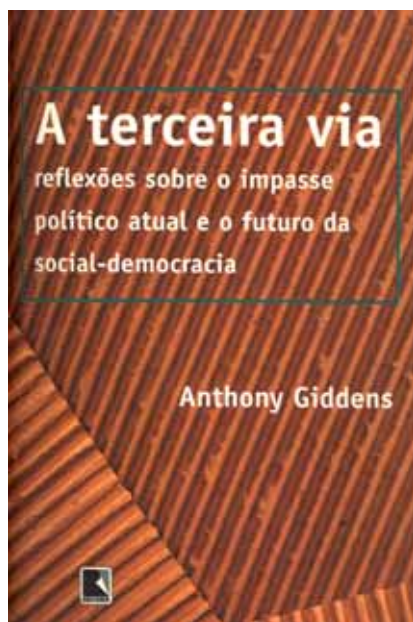
Foto: Remy Steingger
Acervo Fórum Econômico Mundial

Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tony_Blair_at_the_World_Economic_Forum.jpg

prol da equidade). Essa abordagem vem sendo criticada por autores que a compreendem como uma roupagem mais sofisticada para o ideário neoliberal da vida em sociedade, uma vez que não questiona as causas das desigualdades sociais e dos problemas que afligem os grandes contingentes populacionais. A Terceira Via, nessa perspectiva, tem fortalecido o Estado, enquanto mantenedor do equilíbrio fiscal, e as fundações empresariais, como prestadoras de serviços sociais, e atribui, em última instância, aos indivíduos a responsabilidade pela satisfação de suas necessidades – educacionais, de saúde, saneamento, moradia, lazer, emprego (Neves, 2005).

Em confluência com o ideário da Terceira Via, inaugurou-se no país o discurso da governança, produzido pela social-democracia inglesa sob o comando de Tony Blair, e o da competição administrada, conforme o modelo inglês, mesclado com o americano. As duas concepções estavam implicadas na reforma da aparelhagem estatal que teve início no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso. O primeiro discurso, da governança, contribuiu para se justificar a redefinição do papel do Estado, que deixava de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços, para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, na medida em que transferia para o setor privado as atividades que podiam ser controladas pelo





mercado e descentralizava as atribuições executivas para as esferas estadual e municipal. O segundo discurso, da competição administrada, ajudou a viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas de um novo tipo: as organizações sociais.

Para estabelecer essas condições, foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, com a missão específica de orientar e instrumentalizar a reforma da aparelhagem estatal. Para este ministério, a crise do Estado brasileiro era uma crise do modelo desenvolvimentista, visto que, ao ampliar sua intervenção na esfera produtiva, o Estado se afastara de suas funções básicas, levando à deterioração dos serviços públicos, crise fiscal e inflação. Nessa perspectiva, a crise não se explicava pelas inovações no modo de acumulação do capital, mas sim pela inadequação da atuação do Estado na economia e na área social, ignorando a crise e subestimando o desequilíbrio econômico-financeiro, na década de 1980, e desconsiderando, no início dos anos 1990, seu papel complementar ao mercado na coordenação da economia e na busca da redução das desigualdades sociais.

“Só em meados dos anos 1990 surge uma resposta consistente com o desafio de superação da crise: a ideia da reforma ou *reconstrução do Estado*, de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas” (Brasil, 1995, p. 16, grifo nosso). Ou seja, a proposta não é *minimizar o Estado*, como pretendem os neoliberais, nem expandi-lo, conforme a política anterior da social-democracia mundial, 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.

Os ajustes necessários às mudanças não se fizeram por meio de políticas de proteção social. Ao contrário, deram-se de acordo com as leis da competitividade do mercado mundial e da “globalização”. As ações governamentais diretas foram orientadas para o combate à pobreza, para aumentar a “competência” da força de trabalho e a produtividade. Nesse cenário, as políticas sociais, especialmente nas áreas de saúde e educação, adquiriram novos contornos, desempenhando um papel compensatório, assumindo um caráter focalizado, seletivo e voltado aos grupos mais vulneráveis.

O Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995, expõe de forma clara os pressupostos dessa proposta ao apontar, em primeiro lugar, a necessidade de se promover um ajuste fiscal duradouro, leia-se uma política de *superavit* primário e sua contrapartida, a redução dos gastos públicos na área social, o aumento da pobreza e da desigualdade social, a fim de gerar receita para o pagamento dos juros e a rolagem da dívida externa junto ao Fundo Monetário Internacional. Em segundo lugar, estava a necessidade de realizar reformas econômicas orientadas para o mercado, supondo que essa medida aumentaria a concorrência interna e criaria condições para o país enfrentar a competição internacional.

A reforma da previdência social foi outra medida apresentada como fundamental para enfrentar a crise fiscal, além da necessidade de inovações nos instrumentos de política social. Aqui se incluem os novos mecanismos de privatização dos serviços sociais públicos, com a criação da figura jurídica das organizações sociais, a focalização das ações do Estado no atendimento das demandas sociais básicas e a construção da chamada “sociedade civil ativa”, cujo melhor exemplo foi a criação do Programa Comunidade Solidária, em 1995 (Melo e Falleiros, 2005).

Finalmente, apregoava-se a necessidade de realizar a reforma da aparelhagem estatal, visando aumentar a governança, o que implicava superar o chamado “retrocesso de 1988”, representado pela Constituição – já que, de acordo com essa visão, a nova Carta havia engessado o poder público e produzido “um novo populismo patrimonialista” (Brasil, 1995, p. 27). Além disso, pretendia-se substituir a administração pública burocrática, considerada rígida, ineficiente, centralizada e baseada no controle interno de processos e procedimentos, por uma administração pública gerencial, capaz de garantir a eficiência (redução de custos) e a flexibilidade do setor público (leia-se: abertura para a privatização e extinção do instituto da estabilidade; desenvolvimento de uma cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho, controle dos resultados, descentralização dos serviços e competição administrada).

Na administração pública gerencial a estratégia volta-se: (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados; e (3) para o controle ou cobrança *a posteriori* dos resultados. Adicionalmente, *pratica-se a competição administrada no interior do próprio Estado*, quando há a possibilidade de estabelecer concorrência entre unidades internas. No plano da estrutura organizacional, a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos tornam-se essenciais. Em suma, afirma-se que *a administração*

Para os críticos da globalização neoliberal, os pobres foram as grandes vítimas da integração dos mercados regionais e da internacionalização da economia capitalista, processo que se intensificou a partir do final do século XX. Nesse novo cenário, as políticas sociais perderiam o caráter universalizante e seriam redirecionadas para o atendimento das necessidades básicas dos grupos menos favorecidos

Charge: Ares GUERRERO, Aristides Esteban Hernández. Ande el sur: caricaturas. Havana: Pablo de la Torre Editorial, 2005, p. 30

Charge: Mayrink
Boletim Abrasco, n. 18, abr.-jun. 1986, p. 2
Acervo Abrasco

A reforma do Estado brasileiro nos anos 1990 agravou o problema da desigualdade social no país

Foto: Henrique Pinto
Disponível em <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:HomelessSleeping.jpg>



pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins) (Brasil, 1995, p. 22, grifos nossos).

Para representar a “modernização” e privatização do setor público, o Plano Diretor apresentou um modelo conceitual caracterizado por três formas de propriedade: pública, pública não estatal e privada, que se relacionam com quatro setores do aparelho do Estado identificados naquele momento: Núcleo Estratégico, Atividades Exclusivas, Serviços Não Exclusivos e de Produção de Bens e Serviços para o Mercado. O primeiro setor teria como atribuições a definição das leis, a formulação de políticas públicas e a cobrança de resultados. De acordo com o modelo inglês, esse Núcleo Estratégico pode ser compreendido como o setor responsável pela organização do sistema de competição administrada, que direciona a demanda e o financiamento por meio de contratos de gestão com instituições públicas e/ou privadas, e, igualmente, como o terceiro elemento (também chamado “terceiro pagador” ou *sponsor*) que assume o papel de regulador da relação Estado-mercado-sociedade civil, vistos como instâncias independentes e separadas.

Para além da separação das funções de formulação/financiamento e execução, ou entre demanda e oferta, explicitada por esse modelo conceitual, o que se definiu foi uma concepção em que o Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e passa a se concentrar na tarefa de promover e regular esse desenvolvimento. Este seria realizado pelo mercado, considerado mais eficaz no desenvolvimento da economia e no gerenciamento das empresas estatais, a serem privatizadas, e pelas organizações da sociedade civil, consideradas mais eficientes na realização de políticas sociais. Conforme Pereira (1997, apud Melo e Falleiros, 2005, p. 180), esse modelo de Estado apresenta-se

menos voltado para a proteção e mais para a promoção da capacidade de competição. Será um Estado que não utilizará burocratas estatais para executar os serviços sociais e científicos, mas contratará competitivamente organizações públicas não estatais. Será o que propusemos chamar de Estado social-liberal, em substituição ao Estado social burocrático do século XX. Um Estado certamente democrático, porque o grande feito do século XX foi ter consolidado a democracia.

Leilão de privatização da Companhia Vale do Rio Doce. Rio de Janeiro, 6 maio 1997

Foto: Paulo Nicolella
Acervo Agência JB

Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em Volta Redonda (RJ). Para o governo Fernando Henrique, as empresas do setor de Produção de Bens e Serviços deveriam ser entregues à iniciativa privada

Foto: Wilton Junior
Acervo Agência Estado

Matéria da revista *Tema* na qual o então secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Antonio Werneck, defende a introdução de princípios gerenciais na gestão do SUS

Tema, n. 14, jul. 1997, p. 17
Acervo Programa Radis/Fiocruz



Nessa perspectiva, o Estado só deve atuar nas atividades consideradas exclusivas, isto é, nos setores que prestam serviços que só ele pode executar e tem o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar, tais como segurança pública, cobrança e fiscalização de impostos, previdência social básica, subsídio à educação básica e compra de serviços de saúde. As atividades desses dois setores, Núcleo Estratégico e Atividades Exclusivas, por serem, eminentemente, públicas, são administradas num misto de gestão burocrática e gerencial. O setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado, por sua vez, corresponde às empresas estatais situadas no interior do aparelho de Estado, mas dizem respeito a atividades econômicas tipicamente voltadas para o lucro, logo devem ser privatizadas e guiadas, fundamentalmente, pela administração gerencial.

Por fim, os Serviços Não Exclusivos estão envolvidos, diretamente, com as novas formas de privatização do setor saúde e, portanto, com o próprio desenvolvimento de uma *burguesia de serviços na área da saúde* e suas demandas de formação para o trabalho. Também denominados “serviços sociais competitivos” pelo Plano Diretor do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, referem-se aos setores em que o Estado atua em “parceria” com organizações da sociedade civil, tais como ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde. Nesse caso, a melhor forma de propriedade seria a “pública não estatal”, porque nem é propriedade estatal, já que as instituições não exercem poder de Estado, nem propriedade privada, pois, como oferecem serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como educação e saúde, o Estado participa por meio de subsídio. E, sendo estes serviços “competitivos”, a maneira mais adequada de administrá-los seria a gerencial.

Deste modo o Estado abandona o papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano, para a democracia, na medida em que promovem cidadãos, e para uma distribuição de renda mais justa, que o mercado é incapaz de garantir, dada a oferta muito superior à demanda de mão de obra não especializada. Como promotor desses serviços o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade (Brasil, 1995, p. 18).

De acordo com esses pressupostos, ainda em 1995, Luiz Carlos Bresser-Pereira, então ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado, apresentou sua proposta

GESTÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS NO SUS

DESAFIO É DESCENTRALIZAR IMPLEMENTANDO MECANISMOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Implementar com maior vigor o processo de regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), introduzindo mecanismos modernos de controle e avaliação que possibilitem tanto ao gestor como à sociedade terem em mãos indicadores confiáveis para medir a performance do sistema.

Esta é a prioridade do responsável pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Antonio Werneck, que ao assumir a função no início de 1997 buscou fazer um diagnóstico da SAS com vistas a acoplá-la à política de descentralização e controle dos serviços de saúde:

- Notei que a auto-estima da equipe de trabalho era muito baixa, que não havia grandes expectativas na busca de resultados e que o setor mantinha uma estrutura extremamente verticalizada e autoritária, dando motivos aos que ainda se referem a ela como o ex-Inamps.
- Werneck diz que uma das prioridades da Secretaria é tornar mais eficaz sua relação com o sistema de saúde, de forma a criar critérios de maior controle das ações:
- O sistema de assistência ambulatorial, hoje, é descontrolado, funcionando na base do aces-



so espontâneo do cidadão. Não é exagero dizer que sua principal característica é a desorganização.

Ele cita um exemplo deste descontrolado:

- A autorização para a realização pelo sistema dos chamados procedimentos de alto custo, como o tratamento de doenças renais, ainda é extremamente centralizado, numa contradição clara com a nova realidade que se quer implementar na saúde.
- Antonio Werneck defende “a criação de mecanismos gerenciais que assegurem um maior controle do sistema” e que ao mesmo tempo implementem a lógica da regionalização e

descentralização das ações.

Entre as principais iniciativas já tomadas, ele cita a mudança ocorrida no dia-a-dia dos departamentos da Secretaria de Assistência à Saúde:

- Todos os departamentos estão trabalhando com a lógica da descentralização com avaliação de resultados.
- Werneck defende a intervenção do sistema através de programas que definam claramente grupos populacionais por faixa etária, com o objetivo de identificar o campo de ação do sistema e a própria avaliação futura das iniciativas tomadas.

Em relação às unidades de

JULHO - 97 **PM** PÁGINA 17

A partir dos anos 1990, foram criadas no Brasil diversas agências com o papel de regular e fiscalizar os serviços que antes eram de responsabilidade exclusiva do Estado e que foram abertos à participação da iniciativa privada e das entidades de direito público não estatal. São exemplos desses organismos a Agência Nacional do Petróleo, a Agência Nacional de Águas, a Agência Nacional de Energia Elétrica, a Agência Nacional de Telecomunicações e a Agência Nacional de Saúde Suplementar

Disponível em <http://www.tijolaco.com/?p=6673>

Luiz Carlos Bresser-Pereira chefiou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado durante todo o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998). No segundo mandato, ocupou a pasta da Ciência e Tecnologia (1999)

Foto: Valter Campanato
Acervo Agência Brasil
Disponível em http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bresser_Pereira.jpg

Logomarca do Programa Saúde da Família

Disponível em <http://www.saude.al.gov.br/categoria/temas/atenosade/atenosica/sadedafamilia>

Charge de Tibúrcio relativa à criação da CPMF e ao financiamento do setor de saúde

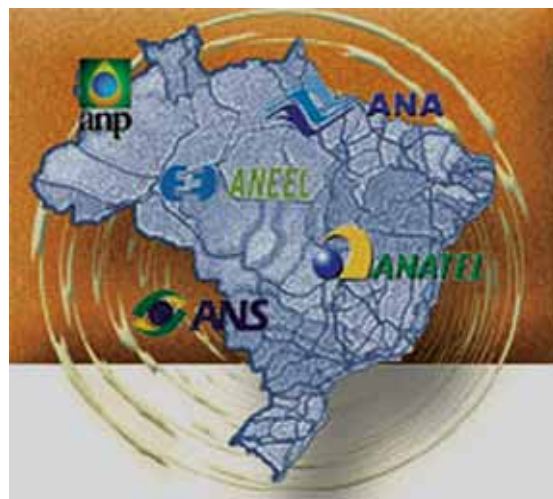
Boletim Abrasco, n° 65, abr./jun. 1997
Acervo Abrasco

de “Reforma administrativa do sistema de saúde” – na realidade, uma reorganização do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Esse sistema, na avaliação dele, precisava completar o processo de reforma no sentido de garantir melhor atendimento, mediante o controle mais adequado das ações, com menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado, além de racionalizar o acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários. A contrapartida da racionalização do acesso e da redução dos custos da medicina curativa seria o aumento de recursos para a medicina preventiva, decorrente da economia e do controle das despesas dos hospitais.

A lógica subjacente era que o sistema vigente tinha um custo alto devido à tendência de elevação continuada dos gastos, em razão do aumento da complexidade e da sofisticação tecnológica do tratamento médico-hospitalar. Nesse sentido, a racionalização do acesso aos hospitais teria como contrapartida o estabelecimento de um pacote de benefícios na área de saúde pública, tais como o Programa Saúde da Família. Essa clivagem era, não por acaso, uma das ideias-força do receituário do Banco Mundial para a reforma do setor saúde no país, explicitada no documento de 1993 que, potencialmente, lançava por terra os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade e integralidade.

Para Bresser-Pereira, o principal problema da assistência médico-hospitalar do SUS era a baixa qualidade dos serviços oferecidos à população. Não era por outra razão que, de acordo com ele,

os sistemas privados de medicina em grupo (...) florescem, financiados não apenas individualmente, mas principalmente pelas empresas. A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não atende aos princípios propostos.

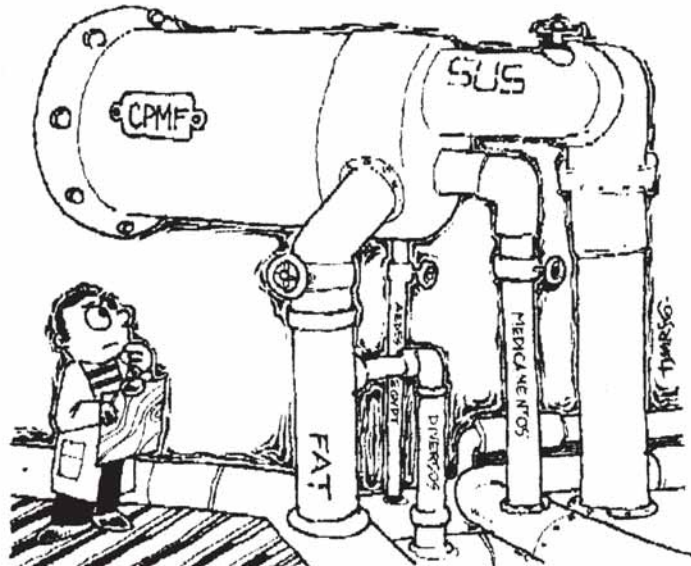


Na prática, não é universal, não garante a equidade, a descentralização é limitada e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos estados e dos municípios. Além disso, favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde (Brasil, 1998, p. 13).

Portanto, além do problema do financiamento, que naquele momento estava sendo “equacionado” com a proposta de criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF),³ pelo então ministro da Saúde Adib Jatene (1995-1996), a outra causa do chamado “caos da saúde” era administrativa. Isto porque, em primeiro lugar, o controle e a gestão do Sistema Único de Saúde ainda permaneciam muito centralizados no nível federal e, em segundo lugar, por não haver uma clara distinção entre o credenciamento dos hospitais (denominado, nessa proposta, “sistema de demanda”) e o encaminhamento dos pacientes no interior do sistema (“sistema de oferta”). Por fim, a “crise”, conforme essa avaliação, decorria também do fato de não ter sido considerada, até aquele momento, a possibilidade de outras formas de propriedade para o fornecimento dos serviços hospitalares, tais como a propriedade pública não estatal.

Diante desse diagnóstico, e tendo como base o sistema inglês de “quase mercado” (Almeida, 1996), indicado, igualmente, no documento do Banco Mundial de 1993 (Rizzotto, 2000), a reforma setorial para a saúde defendida por Bresser-Pereira propunha a criação de um Sistema de Atendimento à Saúde organizado em dois subsistemas: o Subsistema de Entrada e Controle (sistema de demanda) e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (sistema de oferta). Recomendava, ainda, que se acelerasse a descentralização, aumentando a responsabilidade dos municípios e conselhos municipais de saúde – o que ocorreu com a aprovação da Norma Operacional Básica de 1996 –, e que se montasse um Sistema de Informações Gerenciais em Saúde, fundamental dentro da lógica de produção de uma cultura gerencial centrada em resultados e de “parceria com a sociedade”, ou parcerias público-privadas.

9



A proposta previa que o Subsistema de Entrada e Controle fosse a forma de acesso obrigatória do sistema, responsável pelo atendimento dos problemas de saúde mais comuns da população local, integrando ações de promoção, prevenção e recuperação. Organizado de acordo com a base populacional e geográfica de cada município, previa a adscrição da clientela às unidades locais e aos médicos de saúde da família. Os clínicos gerais dos postos e/ou centros de saúde ou os médicos do Programa Saúde da Família seriam os responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes para os serviços de maior complexidade e especialização, organizados em torno do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. Neste último deveriam estar todos os serviços laboratoriais e diagnósticos e os hospitais públicos, filantrópicos e privados de cada município. A ideia central desse subsistema seria a instituição do mecanismo de competição administrada entre os hospitais pelo financiamento público do Sistema Único de Saúde e pela clientela. Os hospitais públicos já existentes também integrariam o sistema de oferta, competindo, indistintamente, com os hospitais privados e filantrópicos – organizados como “entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o Poder Executivo e, assim, participar do orçamento federal, estadual e municipal” (Brasil, 1998, p. 20).

Esse conjunto de propostas visava preparar as instituições públicas de saúde para o seu papel regulador e coordenador da privatização do setor, de outras políticas de flexibilização da administração pública e do próprio Sistema Único de Saúde. Paralelamente ao projeto de criação do Sistema de Atendimento à Saúde, o Poder Executivo recomendou, no texto que tratava da reforma da previdência (proposta de emenda constitucional n. 33/1995), acrescentar no art. 196 da Constituição Federal a expressão “nos termos da lei”,⁴ que abria uma brecha jurídica para a adoção de medidas de ajuste no Sistema Único de Saúde, entre elas a revogação dos princípios de universalidade, integralidade e gratuidade (Rizzotto, 2000). Encaminhava-se, com essa medida, a desconstitucionalização do Sistema. Contudo, a proposta de emenda foi retirada antes de ir a votação, devido às resistências que encontrou, mais diretamente, no Conselho Nacional de Saúde.

Como apontava o Plano Diretor da Reforma do Estado, as reformas institucionais-legais seriam fundamentais para a mudança na gestão do setor público, porém essa transformação não se limitava a elas, nem podia esperar que acontecessem. O texto diz: “É preciso já se implantar na administração pública toda uma *nova filosofia*, toda uma *nova cultura gerencial* e suas respectivas práticas” (Brasil, 1995, p. 67, grifos nossos). Nesse sentido, já estavam sendo encaminhados diversos projetos que não aguardariam as reformas constitucionais: a avaliação estrutural dos órgãos e entidades governamentais, a criação de agências autônomas e de organizações sociais, bem como a instituição da lógica da publicização, projetos construídos para contornar a “rigidez burocrática” da administração pública, que, no entendimento do governo Fernando Henrique Cardoso, não atendia com agilidade, qualidade e eficiência as demandas do “cidadão-cliente” por determinados serviços sociais, como saúde e educação.

Essas propostas lançaram as bases para a parceria Estado-sociedade civil e para o chamado Programa Nacional de Publicização. No primeiro caso, de acordo com Neves (2005, p. 94), o Programa Comunidade Solidária, em 1995, inaugurou “uma atividade significativa de obtenção de consenso para o projeto de sociabilidade neoliberal da Terceira Via”, mediante o envolvimento de pessoas e organizações não governamentais em atividades políticas e culturais as mais diversificadas. No segundo, a “publicização” justificou um amplo programa de privatização e terceirização das instituições públicas, particularmente



Sede do Banco Mundial, em Washington. As propostas da instituição para o SUS foram em grande parte contempladas no projeto de reforma do setor elaborado por Bresser - Pereira

Foto: Shiny Things
Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:World_Bank_building_at_Washington.jpg



Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. Segundo o projeto do governo, os hospitais privados e filantrópicos passariam a "competir" em igualdade de condições com a rede pública na oferta dos serviços de saúde

Disponível em http://www.unilifeplanosdesaude.com.br/hospital_albert_einsten.htm

no setor saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, sob o argumento de que a gestão ou gerência de unidades hospitalares do Estado, por não ser uma atividade exclusiva, poderia ser transferida à “iniciativa privada sem fins lucrativos”.

A novidade nesse processo foi que, ao contrário de outros contratos de serviços realizados com a iniciativa privada – a qual se relaciona com o serviço público oferecendo recursos físicos e humanos para prestar os serviços contratados –, o contratante (instituições públicas) passou a ceder ao contratado (instituições privadas) uma parte ou a totalidade de seus próprios recursos (físicos, humanos e materiais), configurando, assim, novas formas de articulação público-privadas na área da saúde.

A “publicização”, aprovada, oficialmente, no Legislativo federal com a lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, ou Lei das Organizações Sociais, deu início à “flexibilização” do Sistema Único de Saúde. Primeiro, ao permitir a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado. Nesse sentido, a instituição pública, ao ser extinta, torna-se fundação ou associação civil. E, segundo, as organizações sociais – como cooperativas e associações de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços médicos – passavam a ser qualificadas, livremente, pelo ministro do órgão supervisor ou regulador do setor de atividade correspondente e pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Não foi prevista a licitação de “concorrentes”, o que, teoricamente, corresponderia ao modelo de competição administrada, nem se previram garantias reais para a execução dos serviços, abrindo, com isso, espaço para favorecimentos de todo tipo, dependendo da influência política dos “concorrentes”.

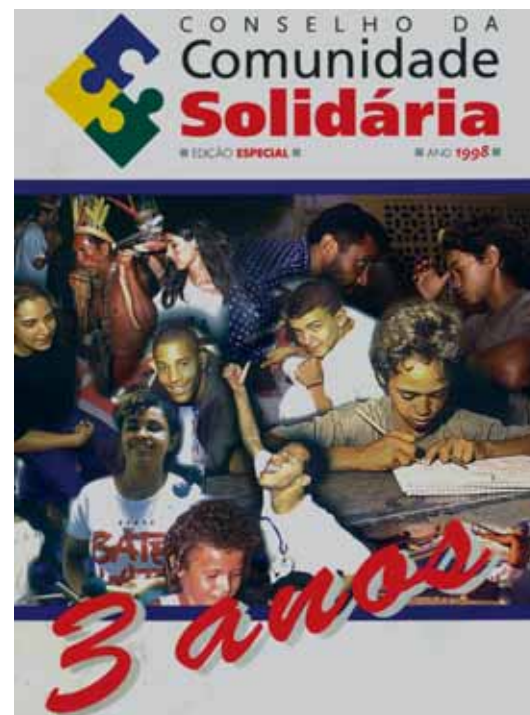
As orientações daquele ministério foram assimiladas pelo Ministério da Saúde e direcionaram a revisão da sua estrutura e de suas políticas, extensamente analisadas por Rizzotto (2000). Como sintetizou Adib Jatene, em 1996, “não nos preocupa quem é o dono do hospital, mas como o doente é atendido” (in *Folha de S. Paulo*, apud Rizzotto, 2000, p. 207). Elas reafirmam o planejamento do bloco no poder, cujas diretrizes políticas que orientariam as mudanças no setor foram apresentadas, em 1995, no documento intitulado “Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil”, preparado para a Reunião Especial sobre Reforma Setorial em Saúde promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde, Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial. Entre essas diretrizes estavam uma mudança cultural na forma de lidar com o cidadão, que, segundo o Ministério da Saúde, seria encarado cada vez menos como paciente e cada vez mais como “cliente”; a consolidação do sistema

Instituído em 1995, o Programa Comunidade Solidária foi o principal projeto social da gestão Fernando Henrique. Dirigido pela primeira-dama Ruth Cardoso, o programa tinha por finalidade o incentivo à formação de parcerias entre o Estado e a sociedade civil em ações de combate à pobreza e exclusão social. Extinto em 2002, foi substituído no ano seguinte pelo Programa Fome Zero, lançado no início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva

Disponível em <http://www.printeccomunicacao.com.br/trabalhos/>

Matéria do jornal *Súmula* sobre projetos de terceirização dos serviços de saúde implantados no Rio de Janeiro e em São Paulo durante a década de 1990

Súmula, n. 59, maio 1996, p. 1
Acervo Programa Radis/
Fiocruz



público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada, com informatização abrangente para servir de base à gestão do sistema e à conscientização social; a organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; e o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado para estimular a qualificação com redução de custos.

Em suma, com base no arcabouço de ideias do Plano Diretor da Reforma do Estado, com apoio do Ministério da Saúde, e, principalmente, em decorrência da medida provisória n. 1.591, de 6 de novembro de 1997, que deu origem à lei n. 9.637/1998, assistiu-se, na segunda metade dos anos 1990, a um intenso processo de terceirização dos serviços de saúde. Assim, a um só tempo, eliminou-se a figura do servidor público, com a flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho; oficializou-se a dupla porta de entrada no Sistema Único de Saúde, ao permitir a celebração de convênios com planos privados de saúde como meio de captação adicional de recursos, agravando as desigualdades de acesso e aumentando a regressividade do sistema; e comprometeu-se o serviço que antes era público com o faturamento, a produtividade e a otimização da relação custo-benefício.

9

OS RESPONSÁVEIS pela gestão do Sistema Único de Saúde no Rio e São Paulo estão repassando, paulatinamente, unidades públicas de saúde a cooperativas médicas, que passam a se responsabilizar pela administração, compra de medicamentos, material hospitalar, manutenção dos prédios e atendimento à população.

COOPERATIVAS ASSUMEM ASSISTÊNCIA NO RIO E SP



Lançado com estardalhaço no município de São Paulo (SP) como solução para a assistência médica, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) da Prefeitura enfrentou oposição cerrada por parte das entidades médicas. Antes de completar um mês de vida, foi suspenso por decisão da Justiça. Posteriormente, a liminar foi cassada e o PAS voltou a ser implantado pelo Prefeito Paulo Maluf.

Os médicos da Prefeitura foram convidados a montar as cooperativas para administrar o dinheiro repassado pelo município, com a opção de pedirem demissão ou licença sem vencimentos dos quadros do município. As entidades denunciaram que muitos foram forçados a optar pela cooperativa, sob pena de serem transferidos para bairros distantes. Pelo PAS, só têm acesso aos hospitais os portadores de uma carteirinha

do plano, excetuando-se os casos de emergência. A cidade foi dividida em módulos e cada paciente passa a ser atendido na região onde mora, com a Prefeitura pagando R\$ 10 mensais por pessoa cadastrada. As entidades criticam o modelo, pois quebra com o direito universal de acesso assegurado na Constituição. O debate entre Paulo Maluf e as entidades médicas se acirrou quan-

do o Prefeito defendeu a hipótese de abrir concorrência pública para a participação das empresas de medicina de grupo, caso as cooperativas não dessem certo. No Rio, a Prefeitura da capital e a Secretaria Estadual de Saúde já implantaram cooperativas no Hospital Lourenço Jorge e no Hospital da Posse, respectivamente. Com pequenas diferenças em relação ao PAS, o sistema repassa recursos e unidades públicas às cooperativas. Além disso, propõe aos médicos salários maiores (desde que optem pela cooperativa e deixem o setor público). O Estado invocou artigo da legislação que permite contratar as cooperativas via dispensa de licitação por cala-midade pública.

Na cidade de São Paulo, com a aprovação da lei municipal n. 11.866/1995, a gestão Paulo Maluf criou o Plano de Atendimento à Saúde, transferindo todas as unidades hospitalares para cooperativas médicas, que assumiram a direção, execução e prestação de serviços públicos de saúde à população. No mesmo ano, o Tocantins, pela lei estadual n. 762, de 26 de junho de 1995, foi autorizado a celebrar convênio com os municípios, entidades filantrópicas e associações sem fins lucrativos com o objetivo de “promover a descentralização das Ações de Serviço de Saúde, conforme diretrizes do SUS”. Em 1997, ao Poder Executivo do estado do Rio de Janeiro também foi permitido, por lei estadual, mudar a forma de gestão dos hospitais públicos, ainda que se previsse licitação para seleção dos concorrentes. Ainda em 1997, o estado da Bahia instituiu o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, vedando que fossem cedidos a elas servidores da administração pública direta, autárquica e fundacional, embora autorizasse a contratação de servidores por essas organizações. Da mesma forma, em 1997, o estado de Roraima criou o Plano de Assistência Integral à Saúde, com o objetivo de estabelecer um novo modelo de gestão da saúde pública, isto é, uma maneira empresarial de gerir os serviços estaduais, por meio da Cooperativa dos Profissionais de Saúde de Nível Superior (Gonçalves, 1998).

Mas a implementação das organizações sociais foi apenas uma das modalidades de privatização dos serviços públicos. 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 gover-



Adib Jatene foi ministro da Saúde nos governos Collor (1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-1996)

Foto: Valter Campanato
Acervo Agência Brasil
Disponível em
http://agenciabrasil.ebc.com.br/ultimasfotos?p_p_id=galeria&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1

“Terceirização: São Paulo quer privatizar saúde”

Súmula, n. 50, mar. 1995, p. 5
Acervo Programa Radis/
Fiocruz p.24

O mercado de planos e seguros de saúde foi o grande beneficiado pela “flexibilização” do SUS

Charge: Carlos Xavier (Caco)
Súmula, n. 64, nov. 1997
Acervo Programa Radis/
Fiocruz

TERCEIRIZAÇÃO SÃO PAULO QUER PRIVATIZAR SAÚDE



O Prefeito da cidade de São Paulo, Paulo Maluf, lançou em janeiro o Plano de Atendimento de Saúde (PAS), que prevê a transferência da administração de hospitais municipais para cooperativas de médicos da rede pública. Segundo o projeto, cada região da cidade seria transferida para uma cooperativa, que receberia uma dotação de recursos públicos correspondente a R\$ 10,00 por usuário cadastrado na rede.

PLANOS DE SAÚDE EMENDA PIOR QUE O SONETO



namentais, 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, à “inampização” do Ministério da Saúde e à renúncia fiscal para os planos e seguros de saúde, 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. Em 1998, esse segmento já abrangia 25% da população, ou 37 milhões de clientes, dos quais, aproximadamente, 5 milhões eram servidores públicos – civis e militares –, com arrecadação estimada de cerca de R\$ 16,03 bilhões, o equivalente ao orçamento do ministério na época, que era de R\$ 17,5 bilhões (Bahia, 2008).

Embates e resistências no campo da saúde pública ao longo dos anos 1990

A contrarreforma não aconteceu como fora idealizada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, nem foi um processo passivo, tendo encontrado resistências diversas. À própria *burguesia de serviços de saúde* não interessava o modelo de competição administrada, na medida em que ele, potencialmente, estabelecia mecanismos regulatórios sobre a iniciativa privada, impedindo a livre oferta de serviços médicos. Ao mesmo tempo, esse grupo de interesses associou tal proposta à possível influência das seguradoras de saúde vinculadas ao capital financeiro, que veiculavam, naquele período, a ideia de atenção gerenciada (Merhy; Bueno, 1998).

A proposta sobre as organizações sociais, por outro lado, foi rejeitada pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, e logo depois pelo Conselho Nacional de Saúde, em maio de 1997, em razão de seu caráter privatizante, potencialmente lesivo ao patrimônio público, ilegal e inconstitucional. A partir dos argumentos do Ministério da Administração Federal quanto à “rigidez burocrática” da administração pública e ao fracasso de outras figuras jurídicas, como as autarquias e fundações, em assegurar a autonomia dos serviços sociais a cargo do Estado, o Conselho Nacional de Saúde defendeu que

Então seria mais lógico e natural que o governo tomasse a iniciativa de retirar todos os entraves que ele mesmo colocou no funcionamento das autarquias e fundações públicas, e também nos órgãos autônomos, e devolvesse a esses órgãos e entidades a agilidade, flexibilidade e autonomia gerencial que lhes são imanentes e foram sendo restringidas ao longo do tempo, ao invés de criar novo ente jurídico, esdrúxulo, que exigiria mais controle do Estado, gastaria mais recursos do Estado e, eventualmente, traria ao Estado ônus incalculáveis, uma vez que o poder público não poderia eximir-se da execução de determinado serviço público que uma organização social deixasse de executar (Conselho Nacional de Saúde, 1997, p. 9).

Em 1998, a Federação Nacional dos Médicos entrou com representação junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão pela ilegalidade e inconstitucionalidade da lei n. 9.637/1998. Naquele ano, o Ministério Público Federal encaminhou parecer à Procuradoria-Geral da República solicitando ações diretas de inconstitucionalidade contra as leis estaduais e a lei federal. No entendimento do Ministério Público, as experiências divergiam da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde, na medida em que estas admitem a participação de instituições privadas, mas apenas em caráter complementar e por meio de contrato após licitação, e caso a capacidade instalada do Sistema Único de Saúde não seja suficiente. Ao contrário, a dispensa de licitação e a transferência de parte ou de toda a capacidade pública instalada para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) eram inconstitucionais e ilegais (Gonçalves, 1998).

Portanto, o processo de discussão deflagrado com a proposta de reforma setorial da saúde pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado foi marcado por embates e resistências tanto do ponto de vista conceitual quanto em relação aos efeitos do ajuste macroeconômico, como, por exemplo, a criação da CPMF e a promulgação da emenda constitucional n. 29, em 2000. Como indicam Merhy e Bueno



(1998), esse embate se travou entre os defensores de um sistema predominantemente privatizado e regido pela lógica do mercado, e aqueles que apostavam num sistema dirigido pelo setor público, ainda que utilizando prestadores privados.

Entretanto, com a superação da crise de hegemonia da burguesia e considerando-se a complexa reconfiguração da relação público-privado no Sistema Único de Saúde, nos anos 1990, a racionalidade do mercado se impôs à ideia de um Estado que não abdicasse de seu papel de prestador direto de serviços de saúde, como definiram os reformadores na década de 1980 (Campos, 2006).

A competição administrada não se implementou da maneira radical proposta por Bresser-Pereira, mas os interesses mercantis na área da saúde avançaram de maneira significativa, assim como a cultura gerencial no Sistema Único de Saúde. Por outro lado, a atenção básica não se tornou a porta de entrada do sistema, nem conseguiu ganhar a eficiência necessária para resolver os problemas de saúde da população. Ao contrário, a forma como a descentralização foi implementada gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, com graus diferenciados quanto à participação das instituições privadas na provisão de serviços ao SUS e na configuração da rede de serviços. A Estratégia Saúde da Família, apesar dos efeitos positivos em diversos municípios, está longe de transformar o modelo assistencial centrado no hospital. Parece funcionar mais como um “programa”, em razão do alto grau de normatização operado pelo Ministério da Saúde, além de estar marcada pela instabilidade da força de trabalho, contratada de forma precária, e ser executada de maneira paralela à própria rede de atenção básica (Ribeiro; Pires; Blank, 2007).

9



Reunião do Conselho Nacional de Saúde em Brasília. Os opositores da privatização do setor encontraram na entidade um importante aliado

Acervo Assessoria de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde
Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/18_fev_conf_mundial.htm

Tornar a atenção básica a porta de entrada do SUS ainda é um desafio que está para ser conquistado. Na foto, agente do Programa Saúde da Família presta atendimento a família em Pernambuco

Disponível em <http://www.saude.pe.gov.br/noticias.php?codigo=682&pagina=5&publicar=1>

Anos 2000: aprofundamento da relação público-privado na política nacional de saúde

Com o governo Lula da Silva (2003-2009), ao contrário das expectativas de reversão do processo de privatização e de transformação do modelo assistencial, assistiu-se à edição de novas políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para os produtores privados de saúde. Em 2004, sob pressão da Confederação Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde, o governo federal não levou adiante o aumento da alíquota da Cofins de 7,6%, mantendo-a no patamar anterior de 3% para as instituições privadas de saúde. Em 2006, estabeleceu uma fonte permanente de recursos para resolver o problema das dívidas dos estabelecimentos privados filantrópicos com a Previdência Social, o Fundo de Garantia e a Receita Federal: a Timemania (jogo de apostas ou loteria esportiva). Outra modalidade de financiamento que continuou a operar, exclusivamente, para as Santas Casas e hospitais privados filantrópicos foi o Caixa Hospitais. Criado em 1998, esse programa governamental “estimulou a formação de um circuito mais amplo, no qual as relações entre o público e o privado (secretarias de saúde e hospitais filantrópicos) confluem para o sistema financeiro” (Bahia, 2008, p. 151). Nessa modalidade de custeio, os hospitais antecipam os valores a receber do Ministério da Saúde pelos serviços ambulatoriais e internações hospitalares que serão realizados, obtendo financiamento com prestações fixas de 12, 24 ou 30 meses. Ou seja, trata-se de um financiamento feito com recursos do ministério e com a anuência das secretarias municipais e estaduais de saúde. Em 2007, a Caixa Econômica Federal realizou 398 empréstimos, no total de R\$ 551 milhões, para impulsionar o crescimento da sua carteira de crédito para pessoas jurídicas, e estimulou outras instituições financeiras, como o Banco do Brasil, Banco Industrial, Banco Mercantil do Brasil, Nossa Caixa e Banrisul, a oferecerem programas de empréstimo semelhantes (Bahia, 2008).

No final de 2008, com apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do Ministério da Saúde, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social lançou o Programa de Financiamento da Acreditação para os hospitais privados do país, por meio do Cartão BNDES, disponibilizando recursos da ordem de R\$ 250 milhões por três instituições financeiras: Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal e Bradesco. De acordo com a Confederação Nacional de Saúde, a “instituição de saúde interessada em se acreditar poderá pagar os empréstimos em até 36 vezes, com taxa de juros fixa, sem custos de contratação ou anuidade e sem necessidade de seguro ou de garantias reais” (Confederação Nacional de Saúde, 2009, p. 8).

Seguindo essa trajetória de apoio à burguesia de serviços na saúde, não parece ser mera coincidência a elaboração de políticas de universalização dos planos privados de saúde para os servidores civis da União, que se desdobram no âmbito dos estados e municípios. Para Bahia (2008, p.172), apesar de ser “explicitamente contrária aos preceitos constitucionais, que vedam o repasse de recursos públicos para o setor privado”, a transferência de recursos públicos aos planos privados visou, antes de tudo, responder, por meio da ampliação dos benefícios indiretos, às demandas salariais. O mais perverso nesse processo, para a autora, foi que os sindicalistas passaram a rotular tal política de universalização como uma conquista dos trabalhadores, fazendo com que se configurasse, no final do primeiro governo Lula da Silva, uma “ruptura radical dos discursos e práticas de parte do movimento sindical com a defesa da universalização do direito à saúde” (Bahia, 2008, p. 173).

Em 2009, finalmente, foi aprovada a nova lei das entidades filantrópicas (n. 12.101, de 27 de novembro de 2009), a um só tempo tornando mais rigoroso o processo de concessão do certificado de filantropia

e flexibilizando o percentual obrigatório de ocupação dos leitos para atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde. A lei estabelece que, para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a instituição de saúde deve comprovar o cumprimento de metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere, celebrado com o gestor local do SUS, e ofertar a este a prestação de serviços no percentual mínimo de 60% do atendimento, considerando-se o somatório das internações e dos atendimentos ambulatoriais (art. 4º). Entretanto, o hospital filantrópico considerado de excelência pode, alternativamente, para dar cumprimento a essa determinação, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde, celebrando termo de ajuste com o Ministério da Saúde nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde (art. 11). Outra mudança introduzida pela lei é que os pedidos de concessão ou renovação da certificação, que até então eram solicitados no Conselho Nacional de Assistência Social, passam a ser atribuição dos ministérios ligados às atividades da instituição, no caso o Ministério da Saúde.

Bahia (2008) chama a atenção para o fato de que a política de flexibilização e diferenciação dos hospitais filantrópicos já vinha sendo implementada desde 2002 com a criação da categoria “hospitais estratégicos”. Para a autora, essa forma de tratar determinados hospitais filantrópicos redefiniu, de maneira radical, a natureza da filantropia na saúde e subverteu as regras de subordinação público-privada. “Este preceito legal não apenas admite hospitais categorizados como os melhores do setor privado como objeto de proteção fiscal, como também os credencia e incentiva a liderar pesquisas e programas de capacitação e gestão ‘de interesse público’” (Bahia, 2008, p. 150).

Material publicitário do jogo lotérico Timemania estrelado por Edson Arantes do Nascimento, o Pelé. Lançada em fevereiro de 2008 e administrada pela Caixa Econômica Federal, a Timemania prevê que 3% do total de recursos arrecadados com as apostas sejam utilizados no abatimento das dívidas dos hospitais filantrópicos e das Santas Casas com a União

Disponível em <http://maquinadoesporte.uol.com.br/v2/noticias.asp?id=8329>

Certificado de acreditação hospitalar emitido pela Organização Nacional de Acreditação, entidade não-governamental responsável pela avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelos hospitais públicos e privados do país.

Disponível em http://www.unimednatal.com.br/portal/unimed/14/acreditacao/179/hospital_unimed/77/



O Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, lançado em junho de 2009, parece radicalizar esse processo de subordinação do público ao privado. Com o objetivo de mudar o modelo de gestão dos hospitais federais do estado,⁵ tendo por base uma administração atrelada a metas, resultados e qualidade, tal como ocorre nas instituições privadas, o Ministério da Saúde firmou termo de ajuste com seis hospitais privado-filantrópicos do país. Reconhecidos por sua excelência nacional e internacional em termos de produção de conhecimento especializado e experiências de gestão, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Samaritano, Hospital Sírio-Libanês (em São Paulo) e o Hospital Moinho dos Ventos (no Rio Grande do Sul), agora denominados “hospitais de excelência a serviço do SUS”, integram o Comitê Executivo⁶ para criação e organização da Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro.

Baseado na medida provisória n. 446, de 7 de novembro de 2008, que está na origem da lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, o Ministério da Saúde converteu as isenções de contribuições sociais, previstas para esses hospitais, em um pacote de 111 projetos, entre eles o de reestruturação da gestão dos hospitais federais, com o objetivo de transferir a tecnologia de gestão dos hospitais privados para os hospitais públicos, preparando-os para o processo de acreditação hospitalar (certificação de qualidade).⁷

Manifestantes protestam contra a privatização da saúde e a aprovação do projeto de lei n° 92. Brasília, 17 de jun. 2009

Foto: Valter Campanato
Acervo Agência Brasil
Disponível em <http://fopspr.wordpress.com/2009/06/>

A 13ª Conferência Nacional de Saúde aliou-se ao Conselho Nacional de Saúde na rejeição ao projeto de lei n° 92

Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/informativo/02/informe.htm>

“O SUS no ano 2000”

Boletim Abrasco, n° 77, abr./jun. 2000, p.1
Acervo Abrasco



Essa proposição não pode ser analisada, a nosso ver, de maneira desvinculada do projeto de criação de fundações públicas de direito privado na área da saúde, atualmente em discussão no Congresso Nacional (projeto de lei n. 92, de 4 de junho de 2007),⁸ ainda que tenha sido rejeitada pela 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, e pelo Conselho Nacional de Saúde. Em oposição a essa proposta, Francisco Batista Júnior, presidente do conselho, compreende que o essencial para se fortalecer o Sistema Único de Saúde é a mudança do modelo de atenção à saúde, e não a criação de mais um ente jurídico. Para ele,

[é] fundamental afirmarmos que nenhuma forma de gestão no SUS dará os resultados que esperamos e necessitamos se num curto prazo não fizermos o enfrentamento com o atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pela alta complexidade, e não fortalecermos a rede estatal SUS, de modo a diminuirmos sobremaneira a dependência do setor privado contratado, eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se fortalecem (Batista Jr., s.d., p. 4).

Na avaliação do Conselho, apesar de a proposta prever a realização de concurso público, nada garante sua implementação, diante das práticas de terceirização que também foram utilizadas como forma de burlar essa regra constitucional. O regime de contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho acaba com a estabilidade no serviço público. Ao prometer salários de mercado, a proposta só aprofunda e institucionaliza uma situação marcada por enormes diferenças de remuneração entre os serviços e dentro de uma mesma categoria profissional. Trata-se de um processo que desqualifica, desmotiva e desestimula a imensa maioria dos trabalhadores, comprometendo a qualidade do serviço prestado. A proposta das fundações sinaliza planos de cargos e salários por fundação, o que, para o Conselho Nacional de Saúde, não é compatível com a defesa de uma carreira que valorize a todos em todos os serviços. As fundações também não garantem a extinção das práticas clientelistas para ocupação de cargos de gestão, a partir dos critérios, frequentemente utilizados, de partidização e da falta de qualificação técnica dos ocupantes, inaceitável num serviço público impessoal, transparente e democrático (Conselho Nacional de Saúde, 2009).

Ao contrário dos argumentos utilizados para a criação dessas fundações – de que a administração pública brasileira é engessada, rígida e burocrática –, a avaliação do Conselho Nacional de Saúde indica que nossa administração é uma das mais avançadas do mundo, pois permite relativa autonomia dos serviços e contratação de trabalhadores por tempo determinado, na impossibilidade de realização de concurso público. Para potencializar a autonomia e a agilidade administrativa, o conselho propõe a regulamentação do parágrafo 8º do art. 37 da Constituição Federal;⁹ um projeto de lei estabelecendo a profissionalização da administração/gestão do Sistema Único de Saúde a partir de seus próprios quadros (regulamentação do inciso V do art. 37 da Constituição);¹⁰ a criação do plano de cargos, carreira e



O SUS no ano 2000: Novos rumos, antigos (des)caminhos?



salários do SUS, com responsabilidade das três esferas de governo, que estimule a qualificação profissional e a dedicação exclusiva; a alteração da lei de responsabilidade fiscal para o sistema, de modo a garantir o direito à saúde em sua plenitude e estabelecendo, para os gestores, as condições para superar a precarização do trabalho e qualificar a gestão; e, por último, que o Ministério da Saúde tome a decisão política de incentivar, técnica e financeiramente, a estruturação das redes públicas de atenção primária e de referência em todos os municípios e estados da federação (Conselho Nacional de Saúde, 2009).

Diante da mobilização política capitaneada, principalmente, pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto de lei n. 92/2007 até o momento não foi aprovado. Nesse sentido, a posição do conselho parece ser a mais coerente na defesa de uma política pública, estratégica e de Estado com a tarefa de gerir a rede pública de serviços de saúde e, particularmente, a rede hospitalar do Rio de Janeiro. Na realidade, a proposta do projeto de lei n. 92/2007 está muito mais próxima dos interesses privados, ao admitir que a “instituição de fundação pública com personalidade jurídica de direito privado somente poderá ser autorizada para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado” (art.1º, parágrafo 2º).

Em suma, para o governo Lula da Silva, saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, ensino e pesquisa, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, promoção do turismo nacional, formação profissional e cooperação técnica internacional não são atividades exclusivas do Estado. Considera-se atividade exclusiva somente “aquela cujo desempenho exija o exercício do poder de polícia, ou em que, pela relevância e interesse público, o Estado atue sem a presença complementar ou concomitante da iniciativa privada” (art. 1º, parágrafo 3º).¹¹ 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. Nesse sentido, parece haver um movimento articulado entre o encaminhamento do projeto de lei n. 92/2007, a Lei das Filantrópicas e a criação da Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro. São medidas que apontam para a perspectiva de um perfil privado, porém público, dos hospitais federais, sob controle privado.

Como afirma Paim (2008, p. 318, grifo do autor), baseado em Gramsci, o governo Lula “revela, com maestria, a pertinência e atualidade do conceito de *revolução passiva*: ‘a política da direita com homens e frases de esquerda’”. Portanto, os desafios continuam na agenda daqueles que, para além de uma reforma setorial, apostam na democratização da saúde, do Estado e da sociedade, assim como defendida no projeto original da reforma sanitária brasileira nos anos 1980.

Notas

¹ Confederação Nacional da Indústria, criada em 1938; Confederação Nacional do Comércio, 1945; Confederação Nacional dos Transportes, 1954; Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, 1963, entre outras.

² Atualmente, nos países da América Latina, especialmente no Brasil, o projeto da Terceira Via tem sido (re)definido nos marcos da ideologia novo-desenvolvimentista. Para uma discussão sobre a temática, consultar Rodrigo Castelo (org.), *Encruzilhadas da América Latina no século XXI*, Rio de Janeiro, Pão e Rosas, 2010.

³ A CPMF foi criada pela lei n. 9.311, de 24 de outubro de 1996, com a intenção de se reservar a arrecadação desse tributo para a área de saúde. A lei foi sucessivamente prorrogada até ser rejeitada pelo Senado Federal em dezembro de 2007. Entretanto, assim como os recursos da seguridade social, os recursos arrecadados com a CPMF foram destinados também para outros fins.

⁴ Art. 196: “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 outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, “nos termos da lei”.

⁵ Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral dos Servidores, Hospital Geral do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral da Lagoa e Hospital Geral de Jacarepaguá.

⁶ Conforme a portaria n. 2.397, de 8 de outubro de 2009.

⁷ O conjunto dos projetos aprovados, que fazem parte dos termos de ajuste assinados em 2008 com cada hospital privado-filantrópico, pode ser encontrado no endereço www.hospitaisdeexcelencia.com.br. Para maiores informações sobre o Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, visite o sítio portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1508.

⁸ O projeto de lei n. 92/2007 regulamenta o inciso 19 do art. 37 da Constituição e estabelece as áreas de atuação das fundações estatais, entre elas as de saúde.

⁹ Art. 37, parágrafo 8º: “A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I. o prazo de duração do contrato; II. os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III. a remuneração do pessoal” (Constituição Federal, 1988).

¹⁰ Art. 37, inciso V: “as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento” (Constituição Federal, 1988).

¹¹ Utilizamos aqui o segundo substitutivo do projeto de lei n. 92/2007, versão acessível em conselho.saude.gov.br/webfdp/projetolei.pdf.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

BAHIA, Lígia. A *démarche* do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2008. p. 123-185.

_____. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). *Saúde e democracia:*

história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BATISTA JR. Francisco. *Gestão do SUS: o que fazer?* Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, s.d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webfdp/gestaonosus.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *A reforma administrativa do sistema de saúde*. Brasília, 1998.

_____. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília, 1993.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 417-442.
- CHESNAIS, François. *A mundialização do capital*. Tradução: Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. ANS e BNDES lançam cartão de financiamento da Saúde. *Revista + Saúde*, ano VI, n. 9, p. 8, mai.-jul. 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Fundações de direito privado e suas consequências*. Brasília, abr. 2009.
- _____. *Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das organizações sociais*. Brasília, 1997 [mimeo].
- COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lúcia Maria W. (Org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 173-200.
- GONÇALVES, Wagner. *Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública*. Brasília: Ministério Público Federal, mai. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>.
- MACHADO, Cristiani Vieira. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-197, 2001.
- MELO, Marcelo Paula de; FALLEIROS, Ialê. Reforma da aparelhagem estatal: novas estratégias de legitimação social. In: NEVES, Lúcia Maria W. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005. p. 175-192.
- MERHY, Emerson Elias; BUENO, Wanderley Silva. *Organizações sociais: autonomia de quem e para quê?* Campinas, jun. 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>.
- NEVES, Lúcia Maria W. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria W. (Org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005. p. 85-125.
- PAIM, Jairnilson S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Ed. UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio César F.; NEVES, Lúcia Maria W. *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 67-107.
- PEREIRA, Larissa D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.
- RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Experiências em gestão descentralizada de redes e organizações. In: NEGRI, Barjas; Di GIOVANNI, Geraldo. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2001. p. 529-554.
- RIBEIRO, Edilza M.; PIRES, Denise E.; BLANK, Vera Lúcia G. A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, Angélica F. (Org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 97-115.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2000.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- WERNECK VIANNA, Maria Lúcia T. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, Ana Luiza A.; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 89-122.