

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**O MOVIMENTO SINDICAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -
PARADOXO ENTRE A PROPOSTA E A AÇÃO**

Aprovado Pelo DSS

Em 12 / 12 / 96

**Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como exigência parcial para obtenção do
título de Assistente Social, pela acadêmica:**


Maristela Salles
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Maristela Salles

Florianópolis, novembro de 1996

SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APUFSC	Associação dos Professores da Universidade Federal de Santa Catarina
ASUFSC	Associação dos Servidores da Universidade Federal de Santa Catarina
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CECUT	Congresso Estadual da Central Única dos Trabalhadores
CISAT	Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador
CGIL	Confederação Geral dos trabalhadores Italianos
CGT	Confederação Geral dos Trabalhadores
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômico
DIESAT	Departamento Intersindical de Saúde do Trabalhador
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriais
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPTEC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados dos transportes e cargas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INST	Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador
IPESC	Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina
ISSB	Instituto de Serviços Sociais do Brasil
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
SEEB	Sindicato Empregados de Estabelecimentos Bancários
SINASEFE	Sindicato dos Servidores Públicos Federais da Educação
SINDALESC	Sindicato dos Trabalhadores da Assembléia Legislativa de Santa Catarina
SINDPD/SC	Sindicato dos Processadores de Dados de Santa Catarina
SINERGIA	Sindicatos dos Eletricitários
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SINEPREVS/SC	Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Previdência no Serviço Público Federal do Estado de Santa Catarina
SINTE	Sindicato dos trabalhadores da Educação
SINTECT	Sindicato dos Trabalhadores dos Correios de Santa Catarina
SINTESP/SC	Sindicato dos Servidores Públicos do Estado de Santa Catarina
SINTUFSC	Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina
SINVAC	Sindicato dos Vigilantes e Empregados em Empresas de Segurança e Vigilância, Empresas prestadoras de Serviço, Asseio e Conservação e de Transporte de Valores.
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USI	União Sindical Independente

SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO.....	01
1. A CLASSE TRABALHADORA ENQUANTO SUJEITO POLÍTICO....	15
1.1. As primeiras iniciativas estatais na área da saúde.....	16
1.2. O modelo da tecnocracia emergente.....	23
1.3. A reforma Sanitária.....	29
2. A CLASSE TRABALHADORA NO NOVO CENÁRIO.....	42
2.1. A reorganização sindical e a saúde do trabalhador.....	43
2.2. O Sistema Único de Saúde na visão dos Sindicatos.....	54
2.3. Em busca dos convênios privados.....	64
- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

INTRODUÇÃO

O Estado, através de suas políticas sociais, tem exercido de forma crescente uma ação intervencionista na relação *Saúde-Sociedade*, fato constatado por Teixeira (1989), em contundente análise desta questão. A concentração de esforços no sentido de se buscar explicações científicas para o fenômeno do crescimento da intervenção estatal na área da saúde através de estudos, pesquisas e investigações, levou a um “*modelo*” de determinações simultâneas, que demonstra ser o “crescimento das necessidades sociais ... determinado tanto pelo processo de acumulação de capital como pela evolução do nível de luta de classes”. (Navarro V. apud Teixeira, 1989, p.180).

Utilizando categorias do pensamento crítico-dialético, o Movimento Sanitário, de certa forma, revolucionou o enfoque tradicional, ao reafirmar que o caráter classista da sociedade extrapola seus limites econômicos originários e

contamina, também, a realidade da atenção à saúde no Brasil e explicando ainda o papel do Estado.

Para Teixeira, a análise do intervencionismo estatal obriga-nos a compreensão do desenvolvimento do conceito de *cidadania* no Estado atual. A complexidade das relações sociais faz com que, segundo indica Mota (1995), o encaminhamento da ação estatal no que se refere às políticas sociais, sua inserção ou não na Constituição, depende das lutas dos trabalhadores ou do modo de absorção de suas reivindicações pelo capital. E, justamente por esta razão, que surge o problema da ambivalência dos sistemas e planos de seguridade social do País.

O capital ao ser “compelido a incorporar algumas exigências dos trabalhadores, mesmo que elas sejam conflitantes a seus interesses imediatos ... procura integrar tais exigências à sua ordem, transformando o atendimento delas, em respostas políticas que, contraditoriamente, também atendam as suas necessidades.”(Mota, 1995, p.123).

Historicamente, o capital jamais teve outro compromisso com a classe trabalhadora do que a apropriação de sua “*força-de-trabalho*”, resultante de um corpo e mente sadios a sua disposição durante “x” horas de trabalho, de acordo com contrato, previamente, acordado entre as partes, não se interessando pela sua “*sorte*” post laborum. O surgimento do “*Exército da Salvação*” na Inglaterra, no

século XIX como manifestação organizada do “*assistencialismo*”, é a expressão social do “*salve-se quem puder*” do liberalismo econômico clássico.

Somente “as grandes mudanças econômicas por que passam as sociedades capitalistas ,a partir dos anos 30,” afirma Anglietta apud Mota, (1995, p.126) , obrigam o Capital a alterar sua forma de pensar e agir, permitindo, por exemplo - o surgimento do fordismo. Também a falência teórica do liberalismo clássico, constatada na prática, quando da crise geral do capitalismo a nível mundial, naqueles anos, permitiu a formulação do intervencionismo keynesiano como nova e salvadora saída para os detentores dos meios de produção.

Politicamente o capital encontra, em sua expressão mais radical, o fascismo e o socialismo nacional (nazismo), “*abrigo prático*”, na Itália, Alemanha e Japão, para tentar a sobrevivência. Na Inglaterra e EEUU, todavia, a Social-Democracia e a Democracia Liberal, segundo Anglietta, foram responsáveis pelo pacto fordista-keynesiano, que, a par de obter condição hegemônica no pós-guerra, deu sustentação ao crescimento econômico dos países centrais e inaugurou uma nova fase nas relações capital-trabalho, fixando seus suportes “nas negociações trabalhistas entre os grandes sindicatos e o grande Capital, nos ganhos de produtividade dos trabalhadores e do ponto de vista das relações salariais, na substituição dos salários indiretos, via políticas de seguridade social”.(Anglietta, apud Mota, 1995, p.126)

A fusão das concepções de Henry Ford e John Maynard Keynes, uma fusão micro/macroeconômica do pensamento vanguardista do capitalismo nos anos 30-50, fomentou “uma nova relação entre empregados, patrões e Estado, a partir de um pacto social fundado mais na busca do consenso do que na exacerbação das divergências históricas de classe.” (Medici, apud Mota, 1995, p.126)

Esse pacto estabeleceu as bases teóricas para a institucionalização de políticas redistributivas, sendo a principal fonte de sustentação do longo período de estabilidade econômica nos países capitalistas desenvolvidos após 1945. “A nova relação entre capital, trabalho e Estado que surge com o fordismo, com a social-democracia e com o keynesianismo estabelece as condições que impulsionaram o modelo previdencialista no caminho de sua generalização”.(Medici, apud Mota, 1995, p.127)

Esse pacto também representou o desenvolvimento progressivo da idéia intervencionista, a qual teve seu início no período 1929-32, vinculado à uma radical mudança das concepções até então vigentes entre os teóricos do capitalismo sobre as crises econômicas. Parte do reconhecimento do capital, quanto a sua impossibilidade de se auto regulamentar, via ação espontânea das forças de mercado e o funcionamento da economia, portando o reconhecimento da impotência da teoria liberal diante da crise estrutural de superprodução capitalista, foram exaustivamente demonstrados por Keynes e sua “General

Theory”, constituindo-se em arcabouço teórico de contraposição eficaz a ideologia do laissez-faire clássico e neoclássico.

O Keynesianismo instituiu as políticas estatais de regulação econômica e social, como a planificação econômica, a intervenção na relação capital-trabalho mediante política salarial, a política de crédito e as políticas sociais públicas. Todas essas ações governamentais propostas por Keynes formaram um amplo leque de medidas, visando reconstruir “o modo capitalista de produção” e retomar o processo de acumulação, quase mortalmente afetado pela crise de 1929. De forma geral podemos resumir tais procedimentos como políticas fomentadoras da plena utilização dos fatores de produção via aumento da demanda efetiva, resultante do efeito da redistribuição social da renda nacional.

De acordo com Mota (1995), essa é a feição do Estado no capitalismo monopolista: política salarial conduzida, regulamentação profissional via legislação trabalhista e sindical, regulamentação de normas de consumo coletivo (saúde, seguridade e educação) e políticas de composição das rendas do trabalho.

A participação do Estado no mecanismo de reprodução da força-de-trabalho, através da proteção social, consubstancia uma estratégia de mediação nas relações entre proteção e reprodução.

Após a II Grande Guerra Mundial, os sistemas de seguridade transformaram-se na principal forma de intervenção social, como baluarte do Estado do Bem-Estar-Social (Welfare State), tendo, como principal característica,

o papel desempenhado pelos fundos públicos no financiamento da reprodução fisiológica da força-de-trabalho e do próprio capital, seguindo a linha de pensamento keynesiano.

O Estado do Bem-Estar-Social, bem sucedido, principalmente nos países do Norte Europeu, torna-se foco de crescente combate ideológico ao mesmo tempo, em que as economias capitalistas apresentam, novamente, sintomas de fadiga estrutural, com redução do dinamismo econômico, por volta dos anos 70. Todavia, é no final da década de 80, com as sucessivas derrotas a nível mundial da Social-Democracia, que o Welfare State é desmontado, paulatinamente, pelos governos de centro-direita que se instalaram nos países capitalistas desenvolvidos. O Estado do Bem-Estar-Social consegue atingir seus objetivos, mas esgota suas potencialidade. (Draibe & Henrique, 1988).

O Welfare State é definido como um conjunto de habilitações legais dos cidadãos para transferir renda dos esquemas de seguro social compulsório para os serviços organizados pelo Estado. Pode-se afirmar, que ele dispensa, parcialmente, os motivos e as razões do conflito social, enquanto torna mais aceitável a existência do trabalho assalariado, ao eliminar parte do risco que resulta do carácter de mercadoria do fator trabalho no capitalismo.

Atuando como paliativo, essas políticas sociais tem o dom de remover da arena de luta de classes algumas das necessidades do trabalhador, atenuando problemas através de atendimento massificado e a custos baixos, ao mesmo

tempo em que garante a continuidade do processo de produção, sem grandes perturbações da “*ordem pública e social*”.

A intenção estratégica da política econômica do pleno emprego no Welfare State é a de proteger aqueles que são afetados pelos riscos de contingência da sociedade industrial e criar uma medida de igualdade social. O efeito combinado dessa estratégia, segundo Offe (1984), redundou em taxas elevadas de desemprego e inflação.

O crescimento do desemprego, causado, de fato, pela aceleração do progresso tecnológico, elevou, velozmente, a produtividade e aumentou a rentabilidade do capital que substituindo trabalhadores por máquinas, agora, não mais está interessado na reprodução de grande parcela (excedente) da força-de-trabalho. Esse contingente populacional aumenta assustadoramente e vem sendo marginalizado, mas, para o capital, nada mais representa dos custos não retornáveis (gastos), pagos através de impostos. Segundo Mota (1995), a continuação deste processo poderá implicar na “*guetização*” e na implantação de verdadeiros “campos de concentração” neoliberais, que, combinado com a estratégia do apartheid social, redundará em altas taxas de lucro e na maior crise econômica da história da humanidade.

A visão microeconômica do capital, interessado apenas na realização imediata do lucro, o está levando a promover a orquestração de campanha “*mercadológica*” anti-impostos e a favor da redução do padrão de seguridade

nos países mais desenvolvidos , implicando, portanto, na falência do Welfare State.

Essa confrontação: - crise do Welfare State X crise econômica - é consequência da insuficiência de recursos fiscais para financiar as políticas sociais, ou seja, a receita fiscal inferior à despesa orçamentária, tem servido como argumento teórico para cortes incisivos nos gastos sociais públicos. Por isso, salienta Mota (1995 p.132), acrescentando ainda razões de ordem econômica mundial, os principais eixos da crise do Welfare State “são determinados pela necessidade advinda de uma nova divisão internacional do trabalho, vis-à-vis aos processos de globalização da economia, resultando na defesa neoliberal da inadequação da economia do bem-estar à realidade dos processos sociais vigentes nas economias desenvolvidas, a partir dos anos 80”.

Esse reordenamento econômico, pautado em parâmetros que não os de justiça e solidariedade, obriga à classe trabalhadora, ora, não mais com a centralidade anterior, dado o persistente desemprego estrutural, a se posicionar contra a perda dos seus direitos.

O acesso a saúde, foi determinado conforme a Constituição de 1988, como direito de todos e dever do Estado a quem cabe garantir, de forma universal, igualitária, sem qualquer discriminação. O Sistema Único de Saúde - SUS, foi instituído para garantia desse direito, é uma conquista da sociedade civil organizada, e hoje se vê ameaçado frente ao seu sucateamento.

Segundo Cohn (1995, p. 241), trinta e dois à trinta e cinco milhões de cidadãos estão sendo abarcados pelo setor de saúde privado, sendo “no geral vinculados ao setor de ponta da economia”, que movimenta cerca de seis bilhões de Reais. Inserem-se nestes setores, sob várias modalidades, onde existem: as cooperativas médicas, os serviços credenciados, os seguros médicos de pagamento, os seguros médicos privados, os serviços médicos próprio das empresas privadas e estatais.

Para Cohn (1995), neste setor tem-se serviços de saúde altamente complexos, alta densidade tecnológica, que está ganhando espaço e se transformando num setor de acumulação de capital.

Segundo Farias (1993), observa-se dois movimentos que permeiam a sociedade civil e política, havendo uma disputa ideológica e política entre o projeto neoliberal e o social-democrata. O *projeto neoliberal* vai ao desencontro dos interesses dos defensores do SUS, não respeitando os princípios estabelecidos pela Constituição. Através de suas práticas anti-éticas, que propiciam o acúmulo das desigualdades no atendimento e dificultando o usufruto da mais avançada tecnologia pela população mais carente. Enquanto o *projeto social-democrata*, que absorve as propostas do Movimento Sanitário, tem como base o pleno desenvolvimento da cidadania e o seu cumprimento por parte do Estado, ele induz a redução das desigualdades sócio-econômicas ao prover a eficiência de seus serviços públicos fundamentais.

Percebe-se que o SUS é uma conquista, mas se encontra ameaçado pela hegemonia neoliberal que vem se constituindo, pondo sob emergência o projeto contra-hegemônico que o Movimento Sanitário deu início. Hoje se faz uma bandeira de luta dos movimentos da sociedade civil, uma luta pela democratização da saúde. Alguns movimentos sindicais participam dos Conselhos de Saúde, Fóruns Populares de Saúde e Conferências de Saúde, onde se defende a proposta do SUS. “A mobilização popular para que as instâncias decisórias do SUS assumam seu papel político e decidam a favor dos interesses da maioria da sociedade é nossa tarefa na luta pela democracia e pela realização plena da cidadania” (Fórum Popular Estadual de Saúde de SC, 1993, p.2).

Os movimentos em defesa do SUS estão no município de Florianópolis incorporados no Fórum Popular de Saúde, Conferências de Saúde e no Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT. No entanto, são as organizações da sociedade civil e segmentos progressistas do setor público, os quais estão representadas no Conselho de Saúde, tanto municipal como estadual que lutam para que o direito à Saúde para todo cidadão como exercício da cidadania, seja realmente garantida na prática, sendo este um direito constitucional.

Constatamos que em Florianópolis existem muitas categorias profissionais que se utilizam de assistência privada conveniada. Este fato nos levou a verificar que os sindicatos que hoje defendem o SUS, em suas representações no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis e no Conselho Estadual de Saúde de Santa

Catarina fazem uso desse tipo de assistência, levando-nos à constatação de que alguns sindicatos oferecem a seus associados convênios privados de Saúde (UNIMED). Paradoxalmente, eles se fazem presentes na discussão em defesa da Saúde Pública, discursam e mantêm uma proposta ideológica e política de defesa do SUS, onde procuram através da mobilização e participação popular, reivindicar a garantia do uso deste direito constitucional tão almejado.

Fatos como estes, nos encaminharam para a realização deste trabalho, cujos objetivos são:

- 1- Identificar os fatores que levam os sindicatos à defesa do SUS, enquanto proposta ético-filosófica;
- 2- Analisar o discurso da defesa à Saúde Pública e a busca concreta dos serviços vinculados à Saúde privada;
- 3- Identificar o grau de articulação entre representantes que defendam o SUS com a categoria que representam;
- 4- Identificar a forma de inserção dos trabalhadores nos Conselhos de Saúde.

A coleta de dados empíricos foi realizada junto aos sindicatos filiados à CUT, tendo em vista sua maior discussão e envolvimento na defesa da Saúde Pública:

* APUFSC-Sind; * SINASEFE; * SINDPD/SC; * SINDALESC; * SINTESP/SC; *SINTUFSC; * SINERGIA; * SINIPREVS/SC; * SINTE; * SINTECT; * SINVAC; * STI- Alimentação da Grande Florianópolis e Vale do Rio Tijucas;

Foram realizadas entrevistas abertas com um membro da diretoria ou presidente de cada sindicato acima citado, dando-se preferência aos envolvidos nas instâncias de discussão de saúde, com as seguintes questões norteadoras:

- 1- Como explicam sua proposta ideológica e política de defesa da Saúde Pública frente à utilização do serviço vinculado à Saúde Privada;
- 2- Como vêem o SUS frente à realidade da Saúde hoje;
- 3- Como se encontram os mecanismos de articulação entre os representantes e a base da categoria.

Também foram coletados dados a partir de documentos, notas informativas e jornais dos próprios sindicatos e da CUT.

Complementando os dados empíricos fizemos duas entrevistas com a intenção de conhecer a história do Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT em Santa Catarina, sendo realizadas com pessoas representativas do órgão.

O período de coleta de dados foi realizado entre quatro a vinte e três de agosto de 1996.

Este trabalho procurou evidenciar a construção de uma nova política de Saúde e o papel da classe trabalhadora nessa construção, bem como a posição dos sindicatos hoje, face ao SUS:

Entendemos que o presente estudo poderá contribuir para um melhor entendimento entre a proposta de um sistema de saúde e ações que aparentemente contradizem as proposições sindicais, onde situa-se um paradoxo.

Considerando que o Serviço Social tem na dimensão política a compreensão do comportamento dos sujeitos coletivos, este alerta permitirá ações mais consistentes na busca da garantia dos direitos, ameaçado pelo processo de reestruturação produtiva.

A apresentação deste trabalho foi estruturada em dois capítulos:

* ***Primeiro capítulo:*** aborda a classe trabalhadora enquanto sujeito político, através do resgate histórico do desenvolvimento das políticas de Saúde. Evidenciando a intervenção do Estado na área da Saúde, bem como a luta dos sindicatos representantes da classe trabalhadora, em prol dos direitos sociais desta mesma classe.

* ***Segundo Capítulo:*** apresenta a organização das entidades sindicais frente a um novo cenário, a reorganização sindical para a defesa da Saúde

pública - SUS e a busca dos convênios privados, bem como suas visões a respeito do Sistema Único de Saúde.

Por fim teceremos algumas considerações a respeito do assunto enfocado, levando à reflexão do tema discutido.

**1- A CLASSE TRABALHADORA ENQUANTO SUJEITO
POLÍTICO**

1.1 As primeiras iniciativas estatais na área da Saúde

No Brasil, a assistência à saúde esteve, desde os anos 20, vinculada a Previdência Social, quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, através de decreto-lei de autoria do Deputado Federal Eloy Chaves, em 1923.

As três primeiras décadas deste século, no Brasil, foram marcadas pela tensão social e pelo conflito político com o crescente interesse público pela “*questão social*” - questão essa motivada pela classe operária florescente, agressiva e, paulatinamente, organizada. Segundo Cignolli (1985), o Estado intervém no processo de acumulação, dando prioridade à criação e ampliação das condições gerais na produção a qual inclui meios de circulação social, tais como sistemas de transportes, comunicações e finanças, deixando, para segundo plano, os meios de consumo coletivo. Assim sendo, a “ação do Estado é coerente com a

dialética interna das forças sociais e ... com os níveis de organização e de reivindicação da força-de-trabalho” (Cignolli, 1985, p.58)

Os primeiros anos da década de 20 foram caracterizados pela crescente insatisfação dos trabalhadores com renda média, pelos conflitos no seio das Forças Armadas e pela agitação entre os trabalhadores fabris (operários). Neste contexto, a Lei Eloy Chaves foi uma resposta direta aos conflitos sociais e uma tentativa por parte do Estado, como aliado da classe dominante, para desmobilizar a classe trabalhadora, afirma Cignolli (1985). Sua primeira aplicação prática tentava arrefecer os ânimos dos ferroviários, categoria bem organizada e situada em segmento estratégico para o desenvolvimento do aparato produtivo nacional.

Os produtos agrícolas ainda predominavam na pauta de exportações brasileira, o que, conseqüentemente, significava forte concentração de força-de-trabalho no campo; já, o poder determinante era exercido pelos financiadores da política do “*café com leite*”, oligarquias mineiras e paulistas, ora de forma hegemônica, ora “*atravessado*” pela burguesia industrial em ascensão.

As CAPs eram entidades públicas autônomas, instituídas como contrato compulsório, organizadas por empresas e geridas, diretamente, por empregados/empregadores. Segundo Cohn et al (1991), elas tinham a finalidade puramente assistencial e ofereciam benefícios em pecúnia e em prestação direta de serviços. Seus recursos eram geridos mediante participação tripartite -

competindo ao empregado contribuir com 3% sobre seu salário e ao empregador com 1% sobre o lucro bruto da empresa; ficando 1,5% das tarifas de serviço a cargo do Governo. O Estado, portanto, instituiu, normatizava e, em tese, financiava parte do custeio; mas não participava, diretamente, do gerenciamento desta modalidade de seguro social.

Na forma em que foi elaborada, a legislação das CAPs “não instituiu o direito à previdência social inerente a condição de trabalhador. Ao contrário, afirma o conceito de seguro social, onde a proteção se torna um direito contratual adquirido por intermédio das cotizações afiançadas pelos benefícios” (Cignolli, 1985, p.57).

Ainda é válido ressaltar, que a Lei Eloy Chaves, embora prevendo a prestação de serviços médicos aos beneficiários, não fixava limite a estes serviços, podendo atingir o total dos fundos. Somente em 1931, com a reforma de legislação das CAPs, é que foi fixado o percentual de no máximo 8% para despesas com assistência médica, majorado para 10% em 1932. “A prestação de serviços médicos não era contemplada como uma finalidade expressiva das instituições previdenciárias”, afirma Santos (1987, p.22), mas tendo em vista a realidade social, traduzida pela grande carência dos beneficiários, fazia-se necessária a ultrapassagem dos limites legais. Todavia, só em 1973, foi reconhecida essa precariedade, quando da alteração da Lei Orgânica da Previdência Social de 1960, mediante o Art. 46 da Lei Federal 5.890,

determinando que “a amplitude da assistência medica será (estipulada) em razão dos recursos financeiros disponíveis e conforme o que permitissem as condições locais”, (Santos, 1987, p.22) , restabelecendo o “*equilíbrio financeiro*”, mas restringindo, mais ainda, a prestação de serviço médico.

O processo de expansão da previdência foi lento e limitou-se aos assalariados de carteira assinada. “O Estado não tenciona mobilizar uma ampla base social, mas incorporar de forma contratada grupos que em virtude do processo de industrialização e urbanização demonstraram potencialidade de ação reivindicativa organizada”. (Cignolli, 1985, p.59)

No Governo Getúlio Vargas (1930), as antigas CAPs passam por forte processo de reestruturação, através de criação de Institutos por categoria profissional; oferecendo cobertura a todo empregado dessas categorias, independentemente da empregadora. O seguro social é estabelecido através de uma rede institucional, articulada através de categorias ocupacionais organizadas de acordo com o maior ou menor poder de barganha de cada uma delas. A consequência disto foi a transformação das CAPs em IAPs, Institutos de Aposentadorias e Pensões, sob a tutela gerencial e financeira do Estado.

A partir desta nova realidade institucional, surge o IAM- Instituto de Aposentadorias dos Marítimos, categoria melhor organizada na época (1933). Em 1934, surgem os institutos dos comerciantes -IAPC, dos bancários -IAPB, dos

empregados das empresas de transportes e cargas -IAPTEC, e, em 1937, o IAPI, dos empregados na indústria.

Segundo Cignolli (1985), a Previdência Social foi se estendendo refletindo, as características da economia brasileira. Desta forma, abarcava apenas categorias fortemente organizadas, em detrimento daquelas menos organizadas e, que, portanto, não despertavam interesse para a classe dominante - ficavam assim, excluídos da rede protetora social, os trabalhadores rurais, os vendedores, os autônomos, os empregados domésticos, e todos os demais ligados à economia informal (Fernandes, 1992).

Para Santos (1987), a política social na década de 30, sob o ponto de vista dos direitos sociais, assume a característica de "*cidadania regulada*", uma vez que os benefícios foram conquistados por categorias e não, genericamente, pela classe trabalhadora; sempre obedecendo a interesses e ao monitoramento severo do Estado. Os grupos e as categorias lutavam e negociavam a fim de obter condições de financiamentos, de serviços, e de benefícios melhores, estabelecendo com isso concorrência entre si.

Enquanto a classe operária nos anos 20 estava organizada em forma de sindicalismo militante, fundado sobre as uniões de resistência anarquistas, comunistas e reformistas, no Estado de Getúlio Vargas, o movimento operário-sindical era "*agasalhado*" dentro do próprio aparato estatal.

"A burocracia sindical brasileira, atrelada ao Estado, e que se gera em virtude dos dispositivos legais da

década de 30, encontrou nos recursos diferenciados da rede previdenciária a forma ótima de integrar-se ao sistema de cidadania regulada, pois a forma de obter recursos diferenciais de poder requeria a manutenção de um sistema estratificado de cidadania” (Santos, 1987, p.71)

A política praticada no Governo Vargas visava a divisão da classe trabalhadora; para tanto, as organizações trabalhistas sob a tutela do Estado e a gestão direta dos fundos previdenciários pelos “*líderes*” sindicais, como fonte de poder político, constituíam a forma de efetivação do divisionismo.

Em 1945, foi sancionada a Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil, prevendo a criação do ISSB - Instituto de Serviços Sociais do Brasil, a ser administrado centralmente, com a finalidade de absorver todas as instituições de previdência social existentes, e promover a seguridade social da totalidade da população ativa no País.

A proposta do ISSB organiza a assistência à saúde, nos mesmos moldes e estrutura das IAPs, alterando, apenas, a unificação dos serviços sociais. No entanto, a deflagração de forte resistência impediu a implantação do ISSB; resistência essa que partiu dos próprios servidores dos institutos, (Malloy, 1976), interessados, principalmente, na manutenção de seus privilégios corporativistas, já que, o Instituto Central previa a uniformização e a universalização do atendimento, além da unificação administrativa do sistema. A estes “*funcionários*” aliaram-se grupos específicos de beneficiários temerosos em

perder vantagens e , ainda, líderes sindicais/políticos preocupados com uma possível implosão de seus feudos eleitoreiros.

A oposição dos dirigentes sindicais, dos servidores e do próprio Governo, resume Faleiros (1991), foi resultado do “*peleguismo*”. Para eles o ISSB não passava de um “modelo da tecnocracia emergente”, já que, “essas forças não enalteciam um modelo participacionista, mas antes defendiam suas vantagens”.(Faleiros, 1991, p.135-136) Logo, foi estabelecido um conflito de interesses entre esses dois grupos - conflito esse cada vez mais acirrado, aumentando, sem cessar, até o início dos anos 60.

E é também, a partir de 1945, quando surgem mudanças no contexto politico-econômico-social, que setores chaves do movimento sindical organizam-se de forma autônoma. Neste período, acentuam-se as desigualdades sociais, como decorrência da mecanização do campo e, conseqüente, da explosão populacional urbana. Nas cidades, começam a se concentrar a população desempregada pelas máquinas no campo e sem possibilidade de absorção pela indústria.

Em 1948, mais de cem mil trabalhadores deflagram processo de greve por melhores salários. Os sindicatos autônomos continuavam a crescer . Entre 1947-51, o crescimento foi de 3,4%. Porém, somente em 1953, após greve geral com a participação de mais de trezentos mil trabalhadores, é que a luta sindical consegue lograr êxito ao conquistar aumento real do salário mínimo, atestando desta forma, maturidade e confiabilidade diante da classe trabalhadora.

1.2. O modelo da tecnocracia emergente

Entre 1955-60 vive o País um período caracterizado pela democracia e pelo crescimento cultural e econômico. A “*era JK*”, como ficou conhecido o período compreendido pelo governo de Juscelino Kubistschek, significou a abertura definitiva da economia brasileira ao capital estrangeiro, sob a égide do desenvolvimentismo. Nesse governo, foi dada preferência a gastos infra-estruturais, principalmente em vias públicas e portos. O Plano de Metas do governo Juscelino, comandado pelo economista Celso Furtado, foi um plano quinquenal, que almejava fazer em cinco, o que não tinha sido feito nos cinquenta anos anteriores, sob a ótica do desenvolvimento econômico. Os investimentos daquele governo foram realizados visando acelerar a industrialização do País, via capital estrangeiro. A modernização da economia, se por um lado permitiu a criação de novos empregos, por outro, liberou força-de-trabalho. O aumento do

desemprego foi combatido através da construção de estradas, de açudes no Nordeste, da construção da nova capital Brasília e de outras obras que demandavam intensamente força-de-trabalho.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) foi sancionada dentro dos objetivos propostos da universalização, uniformização e unificação da Previdência, todavia somente o objetivo da uniformização foi alcançado. Essa lei procurou uniformizar as contribuições e prestações de diversos institutos, dando igual importância aos benefícios e serviços. A assistência médica previdenciária foi estendida a todos os trabalhadores sujeitos ao regime CLT, excluindo, apenas, os trabalhadores rurais e domésticos. Os funcionários públicos civis e militares continuavam submetidos a seus próprios sistemas.

Após três anos, os trabalhadores rurais foram, também, incorporados ao sistema previdenciário através do FUNRURAL; porém com limitações nos benefícios de assistência médica e social.

A partir de 1960, os Institutos começaram a ser controlados por dirigentes sindicais, mais independentes e mais radicais que formavam a base do governo João Goulart. Desejavam modificações profundas em todo o sistema.

Enquanto isso, os trabalhadores urbanos que viram ainda mais reduzida sua participação na renda nacional, romperam com o “*pacto*” populista, afirma Cignolli, 1985, p.27) e desencadearam “uma luta ... mobilizando operários, empregados, funcionários, e trabalhadores rurais das zonas centrais”, que

alcançará seu ápice após a derrota do Marechal Lott, candidato a sucessão de Juscelino. A renúncia do candidato vitorioso Jânio Quadros poucos meses depois da posse e o quadro conturbado que se sucedeu , foram fatos políticos que fortaleceram essa luta.

No período do pós-guerra as mobilizações operárias foram intensas, sobretudo no sentido de melhorar os salários e ampliar as reformas sociais e as liberdades públicas. Já no início dos anos 60 , “as lutas contra o aparelho da previdência foram superadas por uma luta política mais geral” (Faleiros, 1991, p. 139) o que foi percebido como ameaça as classes dominantes, desencadeando como consequência o golpe de 1964.

Um dos objetivos do golpe militar foi a desmobilização da classe operária e dos setores populares. Os governos militares tinham como objetivo criar condições melhores para o processo de acumulação de capital, reprimindo qualquer manifestação de conteúdo democrático e sufocando a inteligência nacional. Esse intuito foi alcançado através da ditadura militar e do Estado Policialesco.

O movimento sindical, em plena expansão antes do golpe, sofreu um retrocesso diante da pressão do capital, representado pelas Forças Armadas. A estrutura sindical passa para o controle severo do governo e sofre reformas que contradizem suas funções. “O sindicato passou a ser visto pelo operário como uma extensão do Estado, desenvolvendo assim um sindicalismo de colaboração

de classes”.(Rosa, 1994, p.18). As redes sindicais foram transformadas em verdadeiros balcões de assistencialismo, oferecendo pequenos serviços ambulatoriais, realizando pequenos cursos profissionalizantes e oferecendo atendimento jurídico aos sindicalizados . Os dirigentes passaram a gerenciar balcões de negócios e se distanciaram da realidade sindical.

A intervenção ditatorial do Estado a favor da “livre iniciativa” suprime o discurso nacionalista e populista dos governos anteriores e escancara o país aos interesses do capital global, o que permite caracterizar este período da história brasileira como período de penetração de empresas multinacionais, de crescimento inflacionário, de arrocho salarial e de endividamento interno e externo.

“Parametrado pelas exigências do processo de acumulação, pela contenção das formas de rebeldia política das classes subalternas e pela necessidade de estabelecer uma ordem consentida além de atender exigências do grande capital, o Estado militar-tecnocrático promove algumas mudanças, no âmbito das políticas sociais, procurando funcionalizar essas demandas de acordo com seu projeto político, por meio da expansão seletiva de alguns serviços sociais”
(Mota, 1995, p.137)

A ampliação da cobertura da Previdência Social teve como característica a diferenciação dos serviços em função da clientela atendida, a privatização da assistência médico-social, e a criação da previdência complementar privada. No governo militar, foi privilegiada a assistência individual à custa da coletiva, como

consequência da expansão industrial de produtos farmacêuticos e de equipamentos médicos.

A política sindical da ditadura militar procurou dividir os trabalhadores organizados, para, desta forma, “reformatar” os serviços de saúde. Segundo Faleiros(1991), houve favorecimento do setor privado da assistência médica através da política de assistência social.

O modelo de assistência médica é consolidado na década de 70, nos moldes propostos desde a sua origem.

De acordo com Giovanella e Fleury (1996, p.179-180):

“registrando um padrão de intervencionismo estatal de caráter privatista e excludente. Privatista, por privilegiar a contratação via INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, do setor privado para prestação de serviços médicos, principalmente hospitalares, garantindo diretamente a expansão de empresas de serviços médicos e, indiretamente a capitalização da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. excludente, por guardar as características do modelo de seguro que condiciona o direito a assistência a contribuição previa, excluindo do acesso milhões de brasileiros não vinculados ao mercado de trabalho não contribuintes da Previdência Social”.

O resultado desta política foi a criação de grandes disparidades quanto ao acesso de diferentes grupos sociais às ações na área da saúde, com exclusão de uma parcela significativa da população a vários níveis de atendimento.

Segundo Noronha e Leucovitz (1995, P.80):

“Os anos 80 inauguram-se sob a marca da crise financeira da previdência social caracterizada por um

déficit operacional crescente ... em decorrência da adoção de políticas fortemente recessivas. Esta situação coloca em xeque a expansão das políticas sociais, entretanto cada vez mais necessárias para o governo autoritário, como estratégia de recomposição de sua base política, demonstrando de forma explícita uma das principais contradições estruturais do sistema previdenciário brasileiro, ao ampliar a cobertura de beneficiários de forma contínua sem criação de novas fontes e mecanismos de financiamento que assegurassem o suporte de recursos necessários”.

1.3. A Reforma Sanitária

Na década de 70, as manifestações grevistas voltam a ordem do dia, timidamente e em conjunto com movimentos populares e estudantis, clamando pela melhoria das condições gerais de vida - é quando emerge uma nova ideologia, que rompe definitivamente com o positivismo de Vargas.

“As elaborações teóricas que suportaram as propostas do *movimento sanitário* em geral tiveram na sua gênese a pressuposição de que a luta pela garantia do atendimento as demandas de saúde da população poderia avançar e tornar-se mesmo revolucionária, ou seja, abalar a correlação de forças e relações de poder na sociedade em geral na direção de uma sociedade socialista”. (Magajewski, 1994, p. 35).

O movimento sindical começa a reconquistar a sua autonomia ao enfrentar e derrotar, passo a passo, a estrutura imposta e reassume a direção dos sindicatos. O que se segue é um “novo sindicalismo”, mais combativo, com

identificação de classe e que começa a se articular com os demais movimentos anti-ditadura.

Estes movimentos, consequência da situação vigente da época, se manifestam num amplo movimento de redemocratização, percorrendo todos os setores da sociedade brasileira e, particularmente, no setor saúde, fazendo emergir o movimento sanitário, consagrando os setores progressistas e de esquerda na área da saúde, através da formulação de propostas para uma Reforma Sanitária no país. E como afirmou Magajewski (1994), trouxe à luz o conhecimento necessário ao suporte daquela reforma, com o objetivo claro de reformular um projeto de transformação da sistemática de saúde e das condições de acesso da população.

Para Teixeira (1989), a democracia é o processo de reconhecimento dos trabalhadores como sujeito político, e a luta pela Reforma Sanitária é a expressão desse processo, que se dará, mediante a constituição de identidades e da transformação da estrutura socio-política; evidenciando, assim, um projeto contra-hegemônico.

Concomitantemente com a Reforma Sanitária surge, a partir das greves do ABC -Paulista, um novo sindicalismo. Este, ao contrário do anterior, contrapõe-se à relação, até então estabelecida, entre Estado-Capital-Trabalho, baseada na luta pelos direitos e direcionada para a questão política. Segundo Viana, (1991, p.25) essa nova orientação torna-se óbvia, quando ... “a agenda sindical opta pelo

discurso político em detrimento do econômico, dissociando-se do sindicalismo de resultados, e em prejuízo da particularidade e especialização dos temas e problemas do mundo do trabalho”.

O movimento sindical combativo (novo sindicalismo) renova a forma de pensar a saúde do trabalhador, enfatizando a melhoria das condições de trabalho, combatendo a insalubridade e exigindo a manutenção de sua capacidade laborativa. Isso implicou na necessidade de reorganização do movimento, a fim de reverter o quadro caótico do sistema de saúde para o trabalhador. Essa reorganização se deu sob a forma inter-sindical, contemplando, inicialmente, as categorias mais importantes de São Paulo.

A Reforma Sanitária brasileira foi buscar, na Itália, a experiência e o embasamento teórico necessários, para a sua implantação no Brasil. A reforma italiana, ocorrida nos anos 60-70, foi a culminação do processo iniciado após a II Grande Guerra, quando a Itália foi obrigada a reconstruir toda a sua economia.

De acordo com Nuemberg¹ (1996)

“O operário italiano teve uma organização muito forte e nessa área de saúde do trabalhador, que acabou desembocando em uma reforma sanitária, criou toda uma legislação protecionista importante. Mas que esse processo se alcançou da organização interna dos trabalhadores”.

¹ Médico do trabalho do SEEB, Ex.- Assessor do Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT.

A definição do conceito de reforma sanitária, no entanto, sofre modificação no desenrolar das ações de convencimento e de amadurecimento de suas táticas e estratégias.

Foi Teixeira (1989, p.39), quem melhor o definiu:

“O conceito *Reforma Sanitária* refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”.

E, é neste contexto, que a questão saúde é inserida na pauta sindical, tornando-se o Sindicato, enquanto sujeito coletivo, um dos agentes políticos do movimento sanitário no decorrer da década de 80, sendo que alguns sindicatos principalmente os da saúde começam a participar das Conferências de Saúde, ocasião em que foi desenvolvido “um projeto com pretensões redistributivas ... que, como em outras experiências históricas, identifica as inovações propostas sobre as noções de equidade e justiça no campo médico-sanitário.”(Costa, 1996, p.345-346).

“O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado colocado sob controle público, e descentralizado. O que estava em questão era a universalização da saúde como um direito, ... o que se buscava com a descentralização, era não só uma maior racionalidade do sistema de saúde, mas fundamentalmente a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se assim como uma

estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder” (Cohn, 1995, p.223).

A saúde, a partir desta época, passa a ser discutida em inúmeros fóruns e tem-se a expressão maior dessa discussão nas Conferências de Saúde; especialmente, a partir de 1986.

A partir da metade da década de 70, surgem as Conferências Nacionais de Saúde como eventos constantes, deliberando sobre propostas que criticam a visão conservadora do Sistema Nacional de Saúde. Em que pesem as discussões ocorridas nas Conferências apontando para um modelo mais democrático de assistência à saúde, o governo acena com uma reforma *bastante limitada*.

Em 1977, é criado pelo governo militar o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, na contramão dos anseios populares, “com o objetivo de organizar e racionalizar os aspectos críticos advindos da expansão dos gastos com assistência social, subdividindo o sistema antes centralizado no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS”. (Vaz, 1996, p. 37). Nasce assim, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, onde assistência médica aos trabalhadores passa a ser gerenciada pelo Estado. Este novo órgão ficou encarregado da prestação de serviços e benefícios pecuniários, bem como o da prestação de assistência complementar e de reabilitação profissional .

Influenciado pelo contexto do agravamento da crise previdenciária, o Ministério da Saúde organiza a VII Conferência da Saúde, em 1980, sobre o tema *Serviços Básicos da Saúde* e que foi realizada com a participação restrita de técnicos da área da Saúde Pública. O tema “permite uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto organizacional, do modelo de atenção à saúde” (Noronha e Leucovitz, 1995, p.80).

Nesta Conferência, foi elaborado um projeto de reorientação global de saúde, contemplando a primeira versão do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde, com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços, reestruturar e unificar instituições existentes no setor, a nível municipal, estadual e federal, visando à melhoria das condições de atendimento na área da saúde em todo o país. Este programa não foi, como salientam Vaz (1996) e Werner (1992), implantado devido à fortes pressões da classe empresarial.

As Conferências de Saúde se destacam, na opinião de Luz (1995), como importantes espaços de discussão da saúde, sendo que a III Conferência sobressaiu-se por ter exercido um papel embrionário, antecipando decisões políticas e leis concernentes à saúde, estabelecendo, dessa forma, parâmetros para um diálogo fértil entre Estado/Sociedade.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, prevista nos planos do Governo Sarney, foi convocada, sob a influência da instalação da Assembléia Nacional Constituinte, para discutir uma nova proposta para a política de saúde do país,

contemplando os desejos e as aspirações do movimento Sanitário. Essa Conferência contou com ampla participação da sociedade, envolvendo mais de quatro mil pessoas, dentre as quais, professores universitários, profissionais da área, dirigentes institucionais, políticos e lideranças sindicais e populares. Nela, o papel do Estado foi delineado como executor das políticas públicas, onde o conceito saúde foi ampliado, abrangendo as pré-condições de alimentação, habitação e educação, etc..

As propostas do movimento sanitário, fundamentados e discutidos na VIII Conferência, consolidam-se na Constituição Federal de 1988. O Art. 198 prevê que:

“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências;
- III- participação da comunidade”. (Constituição Federal , 1994, p. 81)

Desta forma, a Constituição Nacional tornou-se o marco referencial do processo de redemocratização, fruto das lutas e articulações dos diversos setores progressistas da sociedade civil brasileira. É mediante a Constituição Federal,

através de seu Art. 196, que fica determinado - *a saúde é Direito de todos os cidadãos e dever do Estado*. Desta forma: “A proposta de universalização do acesso a todos os níveis de atendimento à saúde, independentemente do lugar de mercado de trabalho, confrontou o desenho histórico da cidadania regulada e sua expressão na política sanitária” (Favarel & Oliveira, apud Costa, 1996, p.346).

A VIII Conferência, também, aprovou uma moção no sentido de tentar viabilizar financeiramente o atendimento à saúde em todo o país, propondo uma reforma fiscal e tributária que propiciasse mais recursos aos estados e municípios, descentralizando os serviços. Neste sentido, tornar-se-ia possível a reformulação do sistema nacional de saúde via implantação do Sistema Único de Saúde -SUS , com uma separação clara entre assistência à saúde e a previdência.

A abertura democrática e o seu significado como fim do período ditatorial no Brasil, permitiu como já apontado, no início dos anos 80, a ampliação da discussão dos problemas ligados à saúde. O processo de democratização não trouxe, todavia, em seu bojo, uma reoxigenação econômica. Pelo contrário, os desmandos e a incompetência militar na gestão dos negócios do Estado, colocou o Brasil numa situação de caos econômico sem precedentes em sua história, com o início de processo praticamente irreversível de endividamento, tanto interno como externo, do setor público. Este contexto, onde coexistem a livre expressão democrática de um lado , e do outro, o desastre das

finanças públicas, constitui o difícil equilíbrio sobre a qual está sendo depositado o futuro da nação brasileira.

No diagnóstico da situação pós-ditadura na área da saúde foram facilmente identificados, segundo afirmam Giovanella e Fleury (1996, p.180) problemas como:

- a) desigualdades no acesso;
- b) multiplicidade e descoordenação entre instituições atuantes no setor;
- c) desorganização da rede;
- d) ineficácia na resolutividade e baixa produtividade dos recursos disponíveis.

Os novos atores, nessa conjuntura, organizaram-se e articularam-se no sentido de provocar as mudanças necessárias ao setor, dentro da visão consensual verificada na VIII Conferência.

O novo sistema de saúde vem sendo regido por princípios, entre os quais se destacam, segundo Cordeiro (1991, p. 53) a “descentralização e fortalecimento do papel dos municípios; participação e controle popular na formulação de políticas; planejamento; gestão, execução e avaliação das ações de saúde; integralização do acesso e da cobertura, iniciadas pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; equidade e garantia de qualidade da humanização do atendimento”.

De acordo com Luz (1995, p.135), o governo da Nova República favoreceu a descentralização dos serviços nos níveis municipal e distrital por meio de programas pilotos e procurou institucionalizar a “participação popular nos mesmos serviços ratificando uma tendência que já vinha do início dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde”.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, o INAMPS ampliou a atuação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e descentralizou suas ações transferindo recursos e atribuições para os Estados e Municípios, viabilizando a criação do SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde, implantado em 1987. O novo sistema objetivou contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS). O SUDS acelerou o processo de descentralização.

“Embora com transferência parcial de atribuições e mantidas as relações convencionais entre os níveis governamentais, a estrutura de poder no interior do setor foi alterada pela mudança do papel institucional da assistência médica da previdência social. Suas representações estaduais passaram a ser subordinadas às Secretarias de Estaduais de Saúde, iniciando-se um processo de descentralização de decisões e aprofundamento desconcentrado das ações para os estados e municípios com a transferência da gestão das unidades próprias da previdência social”.
(Giovanela e Fleury, 1996, p.181-182)

O SUS - Sistema Único de Saúde, segundo Magajewski (1994, p. 34), “pode ser entendido como a proposta de uma política pública de cunho social dirigida para o reordenamento dos recursos existentes na área de assistência

Médico - Sanitária do país, em padrões definidos por novos princípios norteadores”. Estes princípios, estabelecidos através da luta organizada da sociedade civil, integram a constituição Federal de 1988, tendo sido regulamentado na Lei Orgânica da Saúde de 1990:

a) Universalidade: todos os cidadãos tem direito à saúde, de acordo com sua necessidade;

b) Equidade: cada pessoa tem o direito de usufruir das ações e serviços de saúde necessárias para solucionar seu eventual problema de saúde, sem discriminação de qualquer espécie;

c) Integralidade: conjunto articulado, contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, conforme a necessidade da população/indivíduo e em todos os níveis de atenção da rede de assistência à saúde. Visa assegurar a atenção integral, e o indivíduo é visto como um todo em sua complexidade bio-psico-social.

d) Descentralização: comando único em cada esfera administrativa do governo, isto é, um gestor público será responsável pela execução das políticas de saúde em cada nível, sendo o federal de responsabilidade do Ministério da Saúde, o estadual de responsabilidade da Secretária Estadual de Saúde e o municipal da Secretária Municipal de Saúde.

e) Regionalização e hierarquização: unidades de rede de serviços de saúde organizadas de forma semelhante à estrutura piramidal, como indica Magajewski (1994):

- 1- Base - os Postos de Saúde (unidades básicas) correspondem à porta de entrada das demais unidades e serviços da rede.
- 2- Centro - as Policlínicas, Ambulatórios de especialidade e de diagnóstico complementar e intermediário.
- 3- Ápice - os Hospitais - reservados aos serviços não resolvidos nas unidades da base e do centro. O hospital eventualmente poderá atender unidades básicas de outros municípios.

O atendimento assistencial das unidades da rede decorre das ações e dos recursos tecnológicos disponíveis. A concretização na prática dependerá da capacidade da rede.

f) Participação da comunidade - se dará nas instâncias de decisão de saúde, sobre a perspectiva de controle social e formulação de políticas de saúde, no que diz respeito a cada esfera de governo (Município, Estado, União).

A Lei Orgânica de Saúde n.º 8.142 de 28 de Dezembro de 1990, artigo primeiro, regulamenta a participação da comunidade, e institui como mecanismo os Conselhos e Conferências:

- Conselho de Saúde: “ o Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo prestador de serviços, profissionais e usuários, atuando na formulação de estratégia e no controle das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo governo”.
- Conferências de Saúde: “A Conferência da Saúde reunir-se-á a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e proporcionar as diretrizes para formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocados pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

A Lei Orgânica de Saúde cria espaço para que a sociedade construa um novo sistema, onde sejam respeitados os direitos humanos e se realize a promoção da mesma.

2- A CLASSE TRABALHADORA NO NOVO CENÁRIO

2.1.A reorganização Sindical e a Saúde do trabalhador

O peso das reivindicações dos trabalhadores contempladas na Constituição Federal de 1988 demonstra o alto poder de barganha política dos sindicatos no momento de sua promulgação. O efeito da descompressão política provocada pela redemocratização resultou numa avalanche de consecutivas vitórias no decorrer dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

O capital ficou inicialmente, enfraquecido, a ponto de não reagir de forma contundente contra as reformas estruturais implícitas na nova Constituição. Sua astúcia política, no entanto, evidenciou-se, ao incluir, no novo texto constitucional, a figura de sua *revisão*. Deixava, portanto, para depois, quando estivesse novamente forte, o momento de sua implacável *reação* às conquistas festejadas pelos trabalhadores em 1988.

É, neste novo cenário, onde de um lado, a classe trabalhadora aguarda, ansiosamente, uma participação maior nos benefícios prometidos pelas liberdades democráticas, e por outro, as conquistas políticas impossibilitadas na prática, por falta absoluta de recursos financeiros na mão do Estado, que os Sindicatos tem que gerenciar o seu maior dilema: repensar a estratégia até aqui desenvolvida, em função da nova realidade sócio-econômica, sem perder o que já foi, anteriormente conquistado, e se possível, avançar.

Na luta contra o autoritarismo do período ditatorial, o trabalhador sentiu necessidade de uma maior interação com as esferas de decisão sócio-econômicas, reorientando sua estratégia para a ação política. “O movimento sindical tornou-se um importante sujeito social na luta pela democracia política no país...Ao longo dos anos 80, o avanço, tanto em termos de mobilização quanto em termos de abrangência das categorias profissionais incorporadas, fez crescer sua importância como sujeito político.” (Bulhões, [199_], p.46)

O crescimento do grau de organização dos trabalhadores redundou na proliferação de novos sindicatos e no aumento da capacidade de articulação, tanto a nível regional como nacional. A criação da Central Única dos Trabalhadores -CUT, em 1983, foi a grande responsável pelo restabelecimento da comunicação Intersindical Nacional, função perdida com o fechamento das centrais gerais, ainda no período ditatorial. Contribuíram também, para tanto, a

União Sindical Independente- USI, criada em 1985, a Central Geral dos Trabalhadores -CGT (1986) e , finalmente, a Força Sindical, em 1991.

A conversão do “sindicalismo de ponta” em vanguarda sindical, com a formulação de uma política abrangente para todos os trabalhadores, função assumida na nova formatação sindical, levou-o à uma certa abdicação dos seus interesses mais diretos. Sua intervenção não mais decorre de sua inscrição concreta no mundo da produção, afirma Vianna (1991, p.24) “e sim do cálculo estratégico como promotor dos direitos dos seres sociais que agregam em torno de si”.

A organização sindical na defesa da saúde é fundamental para o fortalecimento, formulação e consolidação das políticas de saúde até então conquistadas. “Desde o primeiro congresso da CUT é ressaltada como elemento importante a questão saúde” (Sivieri, 1995, p.33).

Na luta pela saúde dos trabalhadores, o sindicalismo vem se organizando desde o final dos anos 70 e início dos anos 80, principalmente, na região do ABC-Paulista. Durante a “Primeira Semana de Saúde do Trabalhador”, encontro organizado pelas categorias mais desenvolvidas de São Paulo, foi fundado o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e Ambiente do Trabalho -DIESAT, nos moldes do DIEESE. Esse novo órgão intersindical foi responsável pela formulação de políticas convergentes de saúde do trabalhador, através da conciliação das experiências pulverizadas, que, desta maneira, também

contribuiu para a formação de uma consciência crítica entre os trabalhadores, renovando conceitos e expurgando práticas inadequadas como o assistencialismo, ajudando assim a superar, também, a chamada “*saúde ocupacional*”.

A saúde ocupacional vigorou durante décadas no interior das empresas e “na orientação das políticas governamentais”. Essas “políticas não permitiam a participação dos trabalhadores em qualquer instancia de formulação e decisão que dissesse respeito à saúde e a relação saúde-trabalho” (CUT,[1996?] p.9).

Segundo Nuemberg (1996), todavia, o DIESAT, no final da década de 80, passa a sofrer contestações sob a forma de divergências tanto de cunho político, como de caráter técnico. Essa divergências surgem no contexto que permitiu o afloramento da Força Sindical, resultando em prática de divisionismo entre os técnicos que trabalhavam no DIESAT.

Como consequência, a divisão do movimento sindical levou a CUT, considerada o marco do novo sindicalismo, a fundar o Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador -INST, em 1990. Esse Instituto instrumentalizou-se na luta pela saúde do trabalhador e consequentemente na defesa da Saúde Pública. Para tanto, recrutou técnicos da área de saúde do trabalhador e , sob o ponto logístico-organizacional, sofreu forte influência italiana. A experiência foi repassada através de convênio com a Central Sindical dos Trabalhadores Italianos -CGIL, envolvendo também recursos do governo da Itália.

“O movimento operário italiano desenvolveu uma forte organização nessa área de saúde do trabalhador” e foi “com base nessa experiência italiana, numa troca, numa relação muito próxima, que a CUT tinha com a CGIL, que surgiu esse convênio...de troca de informações, de repasse de técnicos, de formação de técnicos brasileiros na Itália e a formação de um órgão de assessoria, que era o INST” (Nuemberg, 1996).

O INST sendo um órgão de assessoria, basicamente teve como dirigentes pessoas que não pertenciam à direção nacional (CUT), tendo uma atuação paralela à Central; fato este, que levou a falta de articulação entre:

“...políticas que muitas vezes se chocavam no seu calendário e na sua agenda, com as políticas, com as estratégias da própria direção Nacional” (Nuemberg, 1996).

Outro problema também relatado, foi, a divergência entre os próprios técnicos que assessoravam o INST e com os dirigentes da CUT. Houve também divergências entre o INST e o DIESAT, devido ao convênio tratado com a Itália; fato que foi iniciado na DIESAT, o que por preferência da Central Sindical da Itália, foi gestado na CUT, com o então INST. A nível nacional a discussão está envolta nesses dois órgãos, hoje em franco refluxo.

Vale ressaltar que muitos sindicatos em Santa Catarina até a década de 80, tinham junto ao estabelecimento sindical, consultórios médicos e dentistas, a

categoria era abarcada por práticas assistencialistas desta entidade. Hoje os sindicatos que fizeram parte desta pesquisa se situam da seguinte forma:

⇒ SINTUFSC - APUFSC - SINASEFE - fazem fornecimento de um convênio privado de Saúde para seus filiados - UNIMED;

⇒ SINERGIA - houve uma reivindicação da categoria intermediada pelo sindicato, hoje a empresa fornece um convênio privado - UNIMED;

⇒ SINDPD/SC - a maioria da categoria é contemplada por um convênio privado de Saúde, algumas empresas fornecem a UNIMED, por reivindicação da categoria dentro da pauta sindical;

⇒ SINTECT/SC - a empresa tem um plano de Saúde próprio, contemplando toda a categoria;

⇒ SINTE - SINTESP/SC - SINDALESC - a categoria se beneficia do IPESC, que foi implantado na época de Getúlio Vargas na década de 30;

⇒ SINEPREVES/SC - segue a mesma característica do IPESC, sendo que a categoria é beneficiada pelo GIAPE, hoje privatizada.

A discussão em Santa Catarina com respeito ao debate da saúde pelos sindicalistas, foi iniciada em 1987, apenas em Florianópolis. Em decorrência do que já vinha sendo discutido a nível nacional com o até então DIESAT, os sindicatos começaram a articular uma discussão Intersindical, desencadeada,

inicialmente, pelo SINERGIA (Sindicato dos Eletrecitários), reunindo na época alguns sindicatos e associações.

“A nossa intenção era fazer uma articulação intersindical que em Florianópolis procurasse desenvolver as políticas que o DIESAT tocava a nível nacional”.(Nuemberg, 1996)

A discussão tem início em 1987, no Sindicato dos Eletricitários em Florianópolis, quando passa a ser assessorada pelo Professor Flávio Valente, da Universidade Federal de Santa Catarina, com formação na área de Saúde Pública e tendo como incumbência, desenvolver um trabalho junto ao Sindicato na área da Saúde do Trabalhador. Procurou-se criar, então, um órgão que desse conta desse trabalho.

“ Um grande papel, uma grande atribuição, que nos foi repassada na época era iniciar um processo de discussão para a extinção da parte Assistencial. Os eletricitários, na época, tinham um médico; ele fazia atendimento mais na área ginecológica, e tinha vários dentistas de 8 a 10 ... o Sindicato tinha a intenção de se encaminhar para o processo de extinção do assistencialismo, uma vez que, 1987 foi o ano intermediário entre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que delimitou, basicamente todos os marcos hoje do SUS ... na época se encaminhava para a gente ter o SUS consolidado, nós estávamos vivendo o SUDS ... e tendo esse sistema como sendo o Estado responsável para gerir a Saúde Pública no Brasil ... o sindicato entendia que não era seu papel estar desenvolvendo toda uma série de atribuições, e fazendo

assistência ... diretamente à categoria, entendia que isso era papel do Estado” (Nuemberg, 1996).

Após a convocação para participar de uma reunião onde se discutiria sobre a Saúde do Trabalhador, montou-se a Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT) em 1987. Inicialmente participaram os Sindicatos dos Bancários e dos Eletricitários, a Associação Catarinense de Nutricionistas, a Associação de Saúde Pública, a Associação dos Professores da Universidade Federal de Santa Catarina e o Sindicato dos Comerciários. É válido ressaltar, que, outros sindicatos foram convocados para a reunião, mas, não se manifestaram. A CISAT deixa de existir em 1988, quando cumpre seu objetivo para com os eletricitários, e também, pela falta de participação nas reuniões subsequentes.

Em 1989, o Sindicato dos Bancários revive o processo pelo qual passou o Sindicato dos Eletricitários, contratando o Professor Flávio Valente e, em Dezembro de 1990, com iniciativa do Sindicato dos Bancários (SEEB), a CISAT é recriada com a participação de quinze entidades, tendo como representantes: os Bancários (SEEB), os Eletricitários (SINERGIA), os Professores da UFSC (APUFSC), os Servidores técnico administrativo da UFSC (ASUFSC), os Vigilantes (SINVAC), os Processadores de Dados (SINDPD/SC), o Sindicato de Trabalhadores da UFSC (SINTUFSC), o Sindicato dos Trabalhadores da Educação (SINTE), os Funcionários dos Correios (SINTECT), os Comerciários e outros.

Em 1994, participando da CISAT somente sindicatos filiados à CUT, e tendo esta, já em discussão, a instituição de um Coletivo Nacional de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, elabora-se uma tese que é apresentada no V Congresso Estadual da CUT (CECUT), afirmando nesta a sua defesa ao SUS:

“ A saúde é tema que faz parte do cotidiano dos trabalhadores e várias dimensões que o abrangem, trazem necessidades de ser trabalhado, com prioridade, em três aspectos: Organizativo, formativo e institucional. O movimento sindical tem investido na área de saúde e se articulado entre entidades e o movimento popular, para restabelecer as necessidades de participação na Política de Saúde ... Impulso decisivo vem sendo proporcionado pela CISAT ... que articulada desembocou conquistas importantes, como o Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado da Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e formação do Fórum Popular Estadual de Saúde, agregando várias entidades na discussão mais ampla da saúde, como direito de todos e dever do Estado, desenvolvendo várias entidades pela implementação efetiva do Sistema Único de Saúde” (CUT,1993, p.6)

A CUT, juntamente com a CISAT, agora Coletivo Estadual de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT, reafirmam sua defesa ao SUS, bem como a importância de se estar buscando, de forma articulada nas instancias de discussão das Políticas de Saúde. Sua absorção pela CUT é advinda da necessidade de pleitear mais participação sobre a questão Saúde, buscando com isso a inserção

de outros Sindicatos, pois a CISAT era, até então, uma organização que tinha sua atuação limitada a Grande Florianópolis.

“ ... Para tentar ampliar a discussão da Saúde no Estado, foi um dos objetivos que a gente levou para a CUT Estadual, para que ela ajudasse a divulgar isso”.(Garcês², 1996)

A representação dos trabalhadores se vincula através da inserção dos Sindicatos nos Fóruns de Discussão de Saúde.

“ Através da CUT, procuramos estar interferindo em todos os Fóruns que existem. Os trabalhadores têm representação no Conselho Municipal de Saúde, no Conselho Estadual de Saúde, no Conselho Municipal da Previdência, do Conselho Estadual da Previdência, no Fórum Popular de Saúde, e toda essa representação é retirada no Conselho Estadual de Saúde da CUT”
(Garcês, 1996).

A atuação do Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT se vincula através de Seminários, Debates, Palestras, sendo os acontecimentos e as informações repassadas através de notas informativas, dirigidas aos Sindicatos, para que estes repassem à categoria. Por falta de prioridade da questão Saúde, esta muitas vezes não chega a ser vinculada pelos Sindicatos.

² Coordenador do Coletivo de Saúde da CUT, Representante do SEEB

“ Existe uma falta de compromisso de algumas Centrais Sindicais ... a Conferência Municipal de Saúde deveria ter saído em cada jornal ... e não foi feito.” (Garcês, 1996)

Sendo o Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT de base estadual, possui representantes dos Sindicatos de todo o Estado, e para o alcance de seus objetivos tem-se a necessidade de articulação entre os Sindicatos e suas categorias.

“ ... É muito difícil fazer esse pessoal se encontrar, não tem recursos, não tem infra-estrutura. Nós, através do Coletivo, estamos tentando ... reunir esse pessoal, pelo menos um período antes da reunião ... as reuniões são na última quarta-feira do mês à tarde ... estávamos tentando reunir pela manhã, para debater a pauta e tirar uma estratégia conjunta de intervenção. Mas a gente não conseguiu isso, até porque o Coletivo, hoje, está passando por um momento de crise, de falta de dirigentes que toquem as atividades, enfim o Coletivo” (Nuemberg., 1996).

2.2 O SUS na visão dos Sindicatos

Grande número de sindicatos segue a indicação da CUT no sentido da defesa do SUS, no entanto isto não significa o envolvimento dos mesmos no plano concreto de lutas cotidianas. A maioria destes justifica sua ausência pela falta de envolvimento na reflexão da Saúde Pública, pela escassez do debate e pela falta de pessoal disponível para encaminhar e propor ações e discussões.

Alguns dos entrevistados não relacionam a discussão do Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT, antiga CISAT, como uma instância, também de debate do SUS. Para eles, o que se discute ali é somente em relação a saúde do trabalhador.

Segundo relatos, os poucos Sindicatos que têm representação nas instâncias de discussão, como por exemplo no Conselho Municipal de Saúde e outros, não levam os assuntos discutidos para as bases, ocorrendo assim, a falta de articulação entre representante/diretoria/categoria.

Segundo Nogueira e Simionatto (1996, p. 06), “Tem-se percebido que na relação com o Estado os movimentos e organizações populares têm-se limitado à práticas de natureza reivindicatória, a partir de interesses heterogêneos e particulares”. A participação dentro das instâncias como Conselho de Saúde, onde se delibera a formulação e implementação das políticas de Saúde, é chamada de participação propositiva e, segundo o que foi citado, exige uma relação orgânica entre Conselheiros e segmentos de classes e corporações que estão sendo representadas, traduzindo e dando visibilidade às suas demandas. Neste contexto, muitos não conseguem inscrever seus interesses nas ações das políticas de forma concreta, não se legitimando por causa disso a participação, que se reduz a um “produto de ações rotineiras, burocráticas e circunstanciais, não instaurando a criação de fatos políticos sinalizadores de novos tempos” (Nogueira e Simionatto, 1996, p.23).

Alguns entrevistados entendem o SUS a partir de seus princípios fundamentais, como se evidencia em suas falas:

“O SUS, Sistema Único de Saúde é um sistema descentralizado de saúde, um sistema primeiro único, deve ser universal e deve valer para todo mundo”.

“Eu entendo o SUS como um controle social”.

“O SUS é um trabalho a ser feito dentro do controle social, tendo a participação da sociedade quanto dos governos ... uma conquista”.

Esta visão é constatada entre os entrevistados/sindicatos mais envolvidos nas instâncias de discussão do SUS.

Outros entrevistados apontam o SUS como um projeto em desenvolvimento, mas que não foi realizado.

“ O SUS não está implantado do jeito que eu concebo o SUS. O que nós temos hoje é uma desarticulação ”.

De acordo com Campos (1994, p.86), “uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos dirigentes do Sistema Único de Saúde é de colocar os Serviços Públicos realmente em prol do bem estar coletivo, utilizando em cada circunstância, os recursos disponíveis da maneira mais produtiva possível”, o que ocasiona um sistema deficiente e precário no atendimento à população, e desencadeado pela falta de financiamento no setor saúde.

Giovanella e Fleury (1996, p.184) colocam que, mesmo com todo o aparato Legislativo até então vigente “a questão do financiamento da área social não foi até o momento equacionada”. Ampliou-se o acesso à saúde, no entanto, os recursos disponíveis não foram correspondentes.

O financiamento do SUS conforme a Constituição Federal de 1988, artigo 198: “Será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento e

seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (Constituição Federal, 1994, p.81).

O artigo 195 diz respeito à seguridade social, abrangendo Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Sobre o financiamento referenda que: “Será financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta, nos termos da Lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I- dos empregadores, incidente sobre a folha de salário, faturamento e o lucro;
- II- dos trabalhadores;
- III- Sobre a receita de concursos de prognósticos”. (Constituição Federal, 1994, p.80)

Desta forma, surgem duas questões que são ressaltadas por Munhoz (1994) - a primeira é que não há distinção quanto às diferentes destinações de recursos da Previdência Social e, Saúde e Assistência Social; a segunda é a constatação de imprecisões e contradições dos textos constitucionais no que diz respeito às fontes de financiamento. Em decorrência da distribuição de recursos realizada pelos Ministério do Planejamento e da Fazenda passou-se a enquadrar despesas orçamentarias de outros Ministérios sob itens de “seguridade”, tendo a

seguridade social que dividir seus recursos para outras áreas, o que vem confirmar a colocação de um dos entrevistados:

“Os repasses que são recolhidos dos trabalhadores deveriam ser repassados para o SUS para sua manutenção, só que hoje é repassado para outras áreas”.

O artigo 195, parágrafo 1º, da Constituição Federal de 1988, prevê a existência de fontes específicas de receita nos Estados e Municípios, que constarão no seu orçamento, não o integrando à união. Contraditoriamente, o Artigo 149 veda a Estados e Municípios a criação de contribuições sociais livres daquelas cobradas dos próprios servidores (Munhoz, 1994).

Segundo Munhoz (1994), o recurso proveniente das contribuições sociais em 1994 proporcionou elevado volume de receita, sendo repassado uma quantia irrisória à Saúde. Para o autor, o esquema financeiro criado pela Constituição evidencia uma flexibilidade que torna possível o bloqueio e o desvio de recursos da seguridade e, como consequência, *a falência da Saúde Pública*.

Estes fatos são colocados pelos entrevistados, quando apontam a deficiência do SUS:

“Eu vejo o SUS como uma entidade deficitária”

“Eu vejo as filas enormes, atendimento precário”.

Faria (1995), vem confirmar que o SUS se vê prejudicado por fatores burocráticos, sociais e econômicos, insuficiência de recursos, os quais não se encontram pré-fixados no orçamento da União, estando este em dependência da vontade política dos governantes, impedindo o planejamento de investimentos na compra de equipamentos, como de recursos humanos (salários baixos e precária qualificação). Torna-se, assim, inviável um gerenciamento adequado e, conseqüentemente, limites no acesso ao sistema, como indica um dos entrevistados:

“O Projeto SUS como ele funciona hoje, dificultou o acesso”.

Para análise de tal colocação, vamos buscar como o direito à saúde se evidencia concretamente, no dia-a-dia das pessoas, em relação a usuário - serviços de saúde. Para isso, buscaremos a categoria de acesso.

Estudos indicam o conceito de acessibilidade para análise dos serviços de saúde, e sobre o assunto transcrevendo Giovanella e Fleury(1996, p.189), que utilizam o conceito de Frenk: “a acessibilidade, além de disponibilidade de recursos de atenção à saúde, em determinado local e tempo, compreende as características do recurso que facilitam ou dificultam o uso por parte dos pacientes potenciais”. Assim sendo deve-se considerar a acessibilidade ao “grau de ajuste entre as características do recursos de atenção à saúde e às da

população no processo de busca à obtenção da atenção” (Frenk, apud Giovanella e Fleury, 1996, p. 189)

De acordo com Penschski e Thomas, apud Giovanella e Fleury (1996), o acesso abrange dimensões, as quais permitem a adequação entre a relação usuário e o sistema de saúde, tais como:

- a) disponibilidade: quantidade e tipo de serviços disponíveis - quantidade de usuário e tipo de necessidade;
- b) acessibilidade: localização da oferta - localização dos clientes;
- c) acomodação ou adequação funcional: organização da oferta (agendamento, horário, contato) - capacidade, habilidade dos usuários de se acomodarem a esta organização, bem como sua conveniência;
- d) capacidade financeira: recursos para manter - capacidade de pagamento do usuário ou existência de seguro saúde.
- e) aceitabilidade: atitude do usuário com o profissional - característica das práticas do serviço, bem como a aceitação pelos provedores na prestação de serviços aos usuários.

São esses fatores que se vêm confirmar nas falas dos entrevistados, quando colocam:

“Você espera meses para poder ser atendido e isso que dificulta essa relação da população com o sistema, que até hoje não conseguiu atingir seu objetivo”.

“Ele dificultou em alguns setores, em algumas áreas, em algumas especialidades médicas”.

“As pessoas, muitas vezes, para se escaparem, ela não ter que enfrentar uma fila, não ter aquele profissional que deseja, na hora de ser atendido ou atender seus familiares ele busca um caminho alternativo (...) Se você tem opção, você provavelmente vai optar por outro caminho”.

Assim, o direito à saúde que deveria ser extensivo à todo cidadão, de acordo com as colocações dos entrevistados, não vem sendo respeitado. A comprovação desse fato favorece o recuo do setor público de saúde de segmentos da população mais favorecida, ao encontro obrigatório do setor privado. O que Giovanella e Fleury (1996) chamam de *universalidade excludente* quer dizer, a universalização do direito à saúde proposto não aconteceu; o que houve foi a exclusão da população dos setores sociais de menor poder aquisitivo, em virtude do não acompanhamento da universalização do acesso com o dos recursos disponíveis para a manutenção do setor que já se afogava na crise financeira.

De acordo com Fleury (1996, p. 84)

“ A impossibilidade de equacionar o conflito distributivo nas condições de preservação de um

pacto de poder autoritário (...) e de um sistema político clientelista e patrimonial, com a inserção de um sócio a mais representado pelo capital externo, exigindo uma parte significativa do excludente na forma de juros (...) acarretou crise permanente de governabilidade por um lado, deterioração de serviços e benefícios sociais por outro, a frustração das expectativas democráticas por parte da população”.

Discorrendo também na mesma ótica, Campos (1994, p.91) acrescenta que “não se desenvolveu uma cultura para a organização dos processos de trabalho e para a gerência, que considerasse as especialidades da produção de saúde segundo o interesse público”

Vale ressaltar sobre o profissional Médico, que, segundo afirma Campos (1994), vem colocando resistência às diretrizes organizacionais do SUS, através de posturas profissionais neoliberais, e contra o objetivo estratégico da integração sanitária.

Segundo Campos (1994, p.121), a “cultura clínica predominante nas instituições médicas é resistente a qualquer formulação da prática profissional que objetive incorporar as dimensões psicológicas, sociais e da Saúde Pública ao cotidiano dos serviços”. Não há jornada fixa para os médicos (exceto nos serviços de Pronto Socorro), fato que tem provocado transtornos “inviabilizando a legitimação dos Ambulatórios, Centros de Saúde e Enfermarias dos órgãos públicos”. Desta forma, estes profissionais tendem a encarar seu trabalho na área pública como um complemento daquele realizado no setor privado, uma vez que muitos tem ligação com o setor privado, criando com isso um

descomprometimento na busca de maior resolutividade dos problemas de saúde, contrapondo-se até a própria ética profissional.

Segundo Campos (1994, p.122), esta postura não pode ser explicada pela baixa remuneração e más condições de trabalho, “inegavelmente essa postura é muito mais uma decorrência da projeção da cultura neoliberal nos corações e mentes da maioria dos médicos”. Assim, a força do ideário neoliberal entre os médicos se assenta pelo seu exercício de autonomia relativa, através de sua flexibilidade da vinculação entre o público e privado, posto para o desfavorecimento e desmerecimento do SUS.

Outra questão que vem dificultar o adequado funcionamento do SUS, segundo Campos (1994), se refere à centralização da prática médica individual, onde “os médicos tendem a encarar cada caso como um problema a ser resolvido, exclusivamente, dentro da relação médico-paciente, o que perturba as possibilidades do trabalho em equipe”(Campos, 1994, p.124).

Desta forma, sua práxis tem características que se distancia do objetivo da atenção integral.

2.3. Em busca dos convênios privados

De acordo com Faria (1995), à medida que o SUS é desacreditado, há um privilégio do atendimento na rede privada e a ampliação da procura por parte da população pelos Convênios de Seguro Médico Privado. Em alguns casos, o próprio Sindicato mantém o convênio privado; em outros, a categoria o faz por intermédio da própria empresa. Três dos sindicatos entrevistados fornecem convênios privados à seus sindicalizados, sendo que, dois destes, tem representantes nas instâncias de discussão do SUS (Conselhos e Fóruns). Outros dois sindicatos, estão providenciando o fornecimento, destes, um tem representação nas instâncias de discussão.

Na tese apresentada pela CISAT, agora Coletivo de Saúde, Trabalho e Meio Ambiente da CUT, observa-se sua defesa à Saúde Pública como direito do cidadão e dever do Estado, bem como o desenvolvimento de

ações para seu fortalecimento. A CUT vem trilhando sua política de desmonte aos projetos privativos, mas também se empenhando nos espaços da saúde. Esta proposta, no entanto, não é respondida de forma idêntica entre os Sindicatos ligados à Central; alguns a elegem como discurso, não efetivando concretamente ações que dêem sustentação à mesma.

No que se refere à saúde, algumas explicações podem ser encontradas, sendo uma delas a emergência da doença.

A representação social no que se refere à doença é marcada pelo seu caráter emergência, como aponta Herzlich apud Giovanella e Fleury (1996, p.195), “não é um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber mas uma questão de seu sentido emergente a partir de uma desordem, a doença, que adquire significação”.

As representações estão alocadas na realidade social, bem como na histórica, e sua ênfase seria explicada “por ser um evento que ameaça ou modifica às vezes, irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo; a doença engendradora é sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira” (Herzlich, apud Giovanella e Fleury, 1996, p.195).

Acrescentando, Sontag apud Giovanella e Fleury (1996), coloca que a doença dentro de seu significado, que a representação social transforma em

metáfora do social, provocando desta forma dupla cidadania - uma da saúde e outra da doença.

A importância da doença percebida nas falas dos entrevistados vem a confirmar:

“Em função dessa necessidade emergente que é a questão da saúde, hoje existe uma proposta de implantar, talvez de forma temporária, um convênio que possa atender a categoria”.

“ A gente precisa continuar vivo até com uma razoável saúde para continuar defendendo o SUS e para isso o SUS ainda não nos dá garantia, é preciso ter um convênio privado”.

As vanguardas sindicais confirmaram sua defesa ao SUS, no entanto, diante da pressão da categoria, ansiosa pelo atendimento à saúde e que não encontram no SUS, o tratamento adequado, passa a exigir convênios privados.

Segundo Faria (1995, p.200) a :

“relação entre a classe dos trabalhadores e o SUS complica-se à medida que a Saúde Pública e a assistência médica vão sendo sucateadas: isto leva os trabalhadores e os Sindicatos mais organizados a colocarem em suas pautas de negociação, a questão da Medicina de Grupo. O caos do Sistema de Saúde cria conflitos no meio sindical, porque as deliberações das centrais sindicais em defesa do serviço público terminam se contrapondo à realidade do cotidiano e à pressão dos trabalhadores para que haja resolução dos problemas de modo imediato”.

Outra razão para o estabelecimento dos convênios privados situa-se na busca de ampliação do número de associados, que procura o sindicato para

resolução de suas demandas de saúde. Observamos ainda, nestes Sindicatos, a ausência de discussão sobre o SUS, bem como a representação nos Fóruns de Discussão.

O setor privado vem pelas questões acima apontadas, tendo um crescente peso na área da saúde, emergindo, segundo Laurell (1996), como hegemônico, convertendo sua lógica mercantil no elemento ordenador no setor, sendo que tal situação vem representando uma novidade em vários países da América Latina. As instituições públicas, neste contexto de privatização, tendem a ser deslocadas e passam a cumprir um papel subordinado de atenção à saúde para a população pobre com alto risco de ficar doente.

Uma das justificativas mais usadas para promover a privatização é oferecer a livre seleção aos usuários. Laurell (1996) ressalta que suas possibilidades de influir sobre os serviços e o tipo de atenção diminuirá de modo significativo, caso o setor privado venha a ser dominante.

A tentativa de constituição de um projeto hegemônico da burguesia brasileira “consolida-se mediante a construção de uma cultura da crise, que procura trabalhar o consentimento das classes subalternas” (Mota, 1995, p. 108). Tal cultura deve estabelecer um novo conformismo social, tornando os interesses privados da classe dominante genéricos e universais.

Segundo Mota (1995, p. 109)

“um dos principais instrumentos dessa cultura é a gestação de uma cultura da vontade corporativa,

fundada na estreita vinculação existente entre os interesses imediatos dos trabalhadores assalariados - sobretudo aqueles organizados nos grandes Sindicatos - e os interesses dos empresários ligados aos setores mais expressivos do complexo industrial e financeiro”.

Nas transformações da década de 80, surge um projeto contra-hegemônico da classe trabalhadora, demonstrado no decorrer deste trabalho. Esse projeto se “transforma em alvo da ofensiva burguesia, que tem por meta a substituição das lutas coletivas pelas lutas corporativas”(Mota, 1995, p.110).

A vontade corporativista é um movimento que representa interesses particulares e imediatos dos trabalhadores, e, em seu desenvolvimento, tende à renúncia da hegemonia da vontade coletiva dos mesmos.

Constatamos, nas falas de alguns entrevistados, a questão do corporativismo, muito mais forte nos Sindicatos dos Trabalhadores Estaduais quando colocam:

“Nós não temos uma discussão do Sindicato, porque nós não somos ligados ao SUS o Servidor Público Estadual é ligado ao IPESC, é o Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina. Nós não somos ligados ao SUS, nós temos um Instituto próprio”.

“O Servidor Público, os Estados têm sua previdência própria, aqui é o IPESC, (...) existe a previdência dos Servidores Públicos específica (...) somos do Setor Público e nada entendemos da previdência privada”.

“A gente está participando de um Fórum de Debate, discussão do IPESC (...) o único Fórum que a gente está participando”.

Os fundos e pensões dos Servidores Públicos, implantados pelo governo de Getúlio Vargas, ecoa no presente de tal forma, que estes segmentos da classe trabalhadora ainda se portam fragmentados, mesmo em tempos de mudança. A luta pelo direito à saúde está relacionada com estes fundos, deixando de lado o direito de todos - a luta pelo coletivo. A desculpa é sempre a excelência dos serviços privados, como demonstra um dos entrevistados:

“Você não pode comparar, não dá para você comparar os serviços prestados pelo governo, com os serviços prestados pela rede particular a discrepância é enorme (...) A empresa tem vários convênios com clínicas particulares com hospitais (...) temos direito a isso através de um convênio, onde é compartilhada as despesas, a maioria dos funcionários (...) não usa o SUS, quando usa é minimamente, porque nossa rede conveniada é boa diga-se de passagem”.

Tais fatos evidenciam o conformismo social e a adesão ao consenso do projeto hegemônico da burguesia. Segundo Giovanella e Fleury (1996, p. 188) “a correlação de forças, acordos, negociações necessárias à promulgação de uma lei não são suficientes ou idênticos àqueles que possibilitem a sua execução”. Segundo as autoras citadas, a segmentação da sociedade brasileira, envolta pela busca de interesses individuais proporcionou a diferenciação do acesso, bem

como a sua qualidade, do setor saúde (SUS), inviabilizando e dificultando a construção do sistema público. “Estabelece-se de complementaridade invertida entre o público e o privado que reforça a lógica da universalização excludente, transformando originais portadores de direitos universais em diferentes cidadãos consumidores de benefícios estratificados” (Vianna, apud Giovanella e Fleury, 1996, p. 188).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho percebemos as derrotas e as conquistas dos trabalhadores frente ao Estado e ao Capital.

O SUS apontou, nesse contexto, como uma conquista, uma política de cunho social inserida pela luta organizada da sociedade. É uma conquista que se vê ameaçada diante de outra política, que vem se instalando na sociedade e no Estado, indo ao desencontro dos interesses coletivos e prejudicando-o.

Os Sindicatos, entidades representativas dos trabalhadores, portaram-se como consideráveis influenciadores das políticas sociais. As políticas de saúde por eles defendidas, reivindicam questões tanto de interesses coletivos, como interesses individuais, com destaque para os interesses individuais.

Este caráter individualista ficou evidenciado dentro dos relatos. O direito à saúde é tratado a partir do modo de se chegar até ele.

Inicialmente, o direito à saúde era advindo da antecipada contribuição via Previdência Social. Os trabalhadores se beneficiavam conforme sua posição ocupacional na esfera produtiva. Hoje, indiferente a essa contribuição, a Saúde é direito de todos, e o Estado deve garanti-lo.

No entanto, esse direito através da procura de Convênios Privados de Saúde, vem se constituindo como foi demonstrado pelos relatos, um direito após contribuição, tendo acesso a eles somente as pessoas de melhor condições financeiras; desta forma, retrocedendo na História, enquanto os trabalhadores responsáveis por esta conquista vêm contribuindo para que isto venha acontecer.

A busca de convênios privados vem evidenciar a preocupação imediata com a doença e reforça o uso de assistência à Saúde pautada na práxis médica e portanto de cunho preferencialmente individual e não coletivo.

Essa visão de Saúde que parece desconhecer as determinações do processo saúde-doença dificulta a adoção dos princípios do SUS. A vanguarda sindical se vê presa, de um lado pelo reconhecimento do SUS como um modelo inovador de atenção à Saúde e de outro pela pressão da categoria, que busca muito mais uma assistência para a doença. Este fato é explicado pelo significado social atribuído a doença aliado a uma herança corporativista e individualista.

O Serviço Social tem como principal objetivo no seu projeto ético -

-político, a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos Direitos Cívicos, Políticos e Sociais das classes trabalhadoras” (Paiva e Sales, 1996, p.141).

O profissional de Serviço Social tem compromisso com um projeto de sociedade que se contrapõe à política econômica que vem se instalando e tende a negar e destruir os direitos até então adquiridos ou conquistados; conseqüentemente resultando na destruição da cidadania. Por causa disso, cabe ao Assistente Social participar dos espaços “onde se inscreve a luta pela ampliação e defesa dos direitos de cidadania” (Paiva e Sales, 1996, p. 141), bem como estar evidenciando as contra-tendências fixadas, buscando resgatar a participação política para a concretização da socialização almejada.

Evidenciamos, neste trabalho, a necessidade da reorganização, do debate e da reflexão das organizações sindicais e a necessária reafirmação de sua escolha ideológica, pois percebemos uma ambigüidade no movimento sindical culminando no paradoxo - defesa do SUS e estabelecimento de convênios privados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, *Constituição Da Republica Federativa*. Texto integral, Ática, 1994.

BRASIL. Lei n.º 8.080 de 28 de dezembro de 1990. Regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, no que dispõe da participação da comunidade.

BULHÕES, Maria da Graça. Sindicalismo e democracia. *Revista Novos Rumos*. v. 10, n. 24, [199_]

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O Estado e a atenção à Saúde - conflitos e contradições na implantação do SUS e a entrada em cena dos municípios. In: *Reforma da Reforma: repensando a Saúde*. São Paulo. Hucitec, 1994.

COHN, Amélia, et al. *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

- _____. Mudança econômica e políticas de Saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
- COSTA, Nelson do Rosário. Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Políticas de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1996.
- CUT. *Documento Base. 5º CECUT/SC - Lages 15 a 17 de 1994. Caderno de tese*. Lages-SC: Lages, Dezembro de 1993.
- CIGNOLLI, Alberto. O Estado e o desenvolvimento capitalista no Brasil. In: *Estado e força de trabalho*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____. A Política de Previdência Social e Saúde. In: *Estado e Força de Trabalho*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- DRAIBE, Sonia, HENRIQUE, Vilnês. Welfare State, Crise e gestação da crise: Um balanço da literatura internacional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v.3,n.6. Fev. 1988.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *A Política Social do Estado Capitalista: as funções da previdência e assistência Social*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- FARIA, Marcilio de Araujo Medrado. Tendências atuais dos Movimentos Sociais em relação ao SUS. In: FARIA, Marcilio de Araujo Medrado. et al

(Org.). *Saúde e Movimentos Sociais: O SUS no contexto da Revisão Constitucional de 1993*. São Paulo: Edusp, 1995.

FERNANDES, Renata H. R., GERBER, Luiza Maria L. *A qualidade e efetividade dos Serviços e Benefícios prestados pelo Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina-IPESC, e a busca da cidadania*. Monografia (especialização em Serviço Social do trabalho) Florianópolis: UFSC, agosto de 1994.

FERNANDES, Viviane B. *Assistência Social e Saúde*. Monografia (especialização em Serviço Social). Joinville, 1992.

FLEURY, Sônia, GIOVANELLA, Ligia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

FLEURY, Sônia. Paradigmas da Reforma da Seguridade Social: Liberal Produtivista versus Universal Publicista. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

FÓRUM POPULAR ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. *O Controle do Sistema Único de Saúde pela população*. Florianópolis: 1993.mimeo

LAURELL, Asa Cristina. La lógica de la privatización en Salud. In: In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.) *Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

- LUZ, M.T. As conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R.,TAVARES R. *Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80*. Rio de Janeiro: Relume, Dumará/Abrasco, 1995.
- MAGAJEWSKI, Flávio R. Liberati. A Reforma Sanitária e o SUS. In: *Seletividade Estrutural e a construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no período de 1987-1990*. Dissertação (Mestrado em Administração) Florianópolis, CPBA/UFSC, 1994
- MALLOY, James. *Previdência Social e Classes operarias no Brasil*. Estudos CEPRAP 15. São Paulo: Brasileira de Ciências, 1976.
- MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da crise e Seguridade Social: um estudos sobre as tendências da Previdência Social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.
- MUNHOZ, Dercio Garcia. *Porque são escassos os recursos para a saúde*. Brasília: UNB,1994.Mimeo.
- NOGUEIRA, Vera Ribeiro, SIMIONATO, Ivete. *Ampliação das Políticas Públicas de Corte Sócio-Assistencial - papel de sujeitos coletivos*. Florianópolis: 1996.Relatório preliminar.
- NORONHA, J.C. LEUCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: Os caminhos do direito à Saúde. In: GUIMARAES, R, TAVARES, R.(Org.) *Saúde e Sociedade no Brasil - anos 80*.São Paulo: Hucitec, 1995.

PAIVA, Beatriz de Augusto, SALES, Mione Apolinário. *A nova ética profissional: Práxis e Princípios*. 1996. Mimeo.

POLÍTICA de Saúde, trabalho, meio ambiente da CUT. *Política de Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: Relatório do Seminário nacional de Políticas e Conteúdos básicos em Saúde, Trabalho e Meio Ambiente*. Ministério do Trabalho/ FUNDACENTRO/CUT, 1996.

OFFE, Claus. A democracia competitiva e o Welfare State Keynesiano. Fatores de estabilidade e desorganização. In: *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1984.

ROSA, Mirian Martins Vieira da. *Ruptura e Continuidade no movimento sindical em Santa Catarina de 1979 - 1994: A proposta da CUT X Corporativismo*. Monografia (especialização em Serviço Social). Florianópolis: UFSC, Agosto, 1994.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*. 2º ed. Rio de Janeiro: Campos, 1987.

SIVIERI, Luiz Humberto. Práticas de Saúde no trabalho vinculados à estrutura sindical. In: FARIAS, Marcília de Araújo Medrado, et al (Org.) *Saúde e Movimentos Sociais: O SUS no contexto da revisão constitucional de 1993*. São Paulo: Edusp, 1995.

- TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
- VAZ, Nívea Rodrigues Bernardo. *A saúde como direito: utopia ou realidade*. Trabalho de Conclusão de curso - TCC. UFSC, Florianópolis: 1996.
- VIANNA, Luiz Werneck. Problemas de apresentação do novo sindicalismo. Tendências recentes do sindicalismo brasileiro. *Caderno de Conjuntura*, Rio de Janeiro: Lupery, n.42. Jul. 1991.
- WERNER, Rosilea Clara. *O processo de municipalização da Saúde no Estado de Santa Catarina: A partir da ação da Secretaria Estadual de Saúde*. Monografia (especialização em Serviço Social). Joinville: 1992.